

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

UN CAS DE POLYPE SOUS-GLOTTIQUE

Par le Dr **Paul KOCH** (de Luxembourg).

Grâce à leur position anatomique les polypes sous-glottiques forment la transition des polypes sus-glottiques ordinaires aux néoplasmes de la trachée. Comme suite nécessaire de ce mode d'implantation il faut considérer le caractère équivoque de tous les symptômes subjectifs et objectifs, de la pathogénie, du pronostic et du diagnostic de ces tumeurs ; même le procédé opératoire plus compliqué dépend de cette disposition anatomique.

Présidant aux doubles fonctions du larynx, les cordes vocales avec leur entourage immédiat constituent un ensemble d'une activité continue et exagérée ; cet organe est donc en proie aux fatigues physiologiques et pathologiques aussi bien qu'à l'influence nuisible des agents extérieurs. Plus les tissus s'éloignent de cette région, moins ils sont soumis à cette irritation continuelle considérée à juste titre comme cause principale des polypes laryngiens. En conséquence les polypes sous-glottiques sont plus rares que les sus-glottiques, plus fréquents que les excroissances de la trachée ; cette dernière, en effet, ne joue qu'un rôle passif quand on la compare au larynx. En grandissant les polypes sous-glottiques entravent la respiration plus tôt que les polypes sus-glottiques, plus tard que ceux de la trachée. Il faut qu'ils touchent aux cordes vocales même avant de détruire le son de la voix, tandis que les polypes sus-glottiques altèrent la voix dès le commencement et tandis que les polypes trachéaux ne le font jamais. Ces derniers ne nuisent qu'à l'intensité des sons en ménageant leur

timbre et leur hauteur, c'est-à-dire ils ne diminuent que la force expiratoire dans son ensemble. L'expérience prouve, du reste, que les polypes de la trachée ne sont diagnostiqués qu'au moment où ils gênent plus ou moins la respiration, quand par conséquent ils ont atteint un volume qui compromet les jours du malade. Le diagnostic des polypes sous-glottiques se fait donc nécessairement à une période plus reculée que celui des polypes sus-laryngiens, il se fait plus tôt que celui des polypes trachéaux. Naturellement la gravité de leur pronostic tient le milieu entre celui des polypes sus-laryngiens et celui des polypes trachéaux. Cette différence entre les polypes sus-laryngiens et sous-glottiques se fait surtout sentir quand il s'agit d'opérer, notamment quand on veut opérer sans trachéotomie préventive.



Polype opéré avec la pince de SCHEINMANN,

A. Pendant l'inspiration.

B. Pendant la phonation.

Dans le cas qui nous occupe, le néoplasme se trouvait inséré sous la corde vocale gauche, touchant cette dernière de près et se plaçant entre les deux cordes vocales pendant une expiration forcée ; ce polype avait atteint un volume relativement grand avant de provoquer les symptômes connus ; avant cette période le malade se plaignait tout simplement de la sensation d'un corps étranger à la gorge ; ses cordes vocales mêmes étaient intactes ; la corde vocale gauche ne jetait pas d'ombre sur le néoplasme, symptôme très important en ce sens qu'il prouvait la proximité immédiate du néoplasme et de la corde vocale même et qu'il permit d'abandonner l'idée de la trachéotomie prophylactique. Après bien des essais infructueux je

parvins à saisir le néoplasme avec la pince coupante de Scheinmann ; le volume et la dureté du polype m'empêchaient de l'amputer, les mors de la pince faisaient bascule et un accès de suffocation inquiétant me forçait à retirer l'instrument ; cette dernière manœuvre est assez difficile quand la tumeur bien saisie ne peut être ni coupée ni arrachée. L'hémorragie relativement abondante m'empêchait d'examiner le champ opératoire, je renvoyai le malade chez lui en le priant de se faire examiner au bout d'un certain temps. Huit jours après il revint avec une voix à peu près normale, la respiration libre, se disant guéri. Deux jours après ma tentative d'extirpation, en toussant, il avait craché le polype. Malheureusement le malade l'avait gardé un certain temps dans son mouchoir et au lieu de le mettre dans l'alcool il l'avait conservé dans l'eau ; l'examen de cette espèce de bouillie était chose impossible. Le laryngoscope montre l'absence de tout néoplasme, la corde vocale d'un rouge sombre se rapproche d'une façon normale de sa congénère. J'avais donc écrasé le polype sans réussir à l'extirper, l'accès de suffocation m'empêchant de continuer ; les pinces de Scheinmann ne pouvant embrasser la tumeur dans toute son étendue avait cependant provoqué sa gangrène et son élimination spontanées ; elle avait donc rempli un but auquel elle n'est pas destinée. En face de ce succès inattendu et complet, on peut donc recommander son emploi dans les cas de polypes relativement volumineux et même sessiles.

NOTE SUR LES CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF (1).

Par C. ZIEM.

Les méthodes ordinaires d'extraction des corps étrangers du conduit auditif sont quelquefois trop compliquées.

OBSERVATION 1. — Un soir de l'année passée, je fus consulté pour un garçon de 8 ans qui s'était introduit un pois dans le conduit auditif. Des tentatives d'extraction au moyen d'un crochet avaient été déjà faites auparavant. Il existait un assez fort gonflement de la peau du conduit, étranglant le corps étranger, de sorte que je ne pus réussir à le faire sortir immédiatement, ni par des injections pratiquées au moyen de la pompe foulante sur le malade couché sur le dos, d'après la méthode de Voltolini, ni couché, d'après la modification que j'ai recommandée (2) sur le côté correspondant, la tête baissée, et dans les deux positions, ni à l'aide d'un crochet iridien introduit avec précaution, puis tourné et retiré, quoique l'instrument, portant un petit fragment de la pelure du pois, en soit sorti, complètement tordu à force de tirer. C'est pourquoi j'eus recours à un procédé également recommandé par Voltolini (3), qui consiste à pratiquer, au moyen du galvanocautère, un trou dans le pois, pour en réduire les dimensions. Quoique je me sois servi d'un cautère très fin et rougissant très promptement, la cautérisation a provoqué plus de douleurs qu'elle ne semble l'avoir fait dans les observa-

(1) Communication faite à la Société des médecins de Danzig.

(2) v. *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1887, n° 5.

(3) v. *ibidem*, 1869. n° 7 et *die Anwendung der Galvanokaustik* 1892, p. 297.

tions signalées par Voltolini, et la chaleur s'irradiant dans le voisinage ayant été vivement ressentie par le malade chaque fois que le cautère a brûlé le pois, et non pas la peau du conduit, il fallut interrompre les tentatives d'extraction ; j'ordonnai des instillations à l'huile d'amandes, pour diminuer le gonflement du conduit. Le lendemain, le père du malade, un armurier intelligent qui avait appris aussi à voir, m'avertit dès son entrée dans mon cabinet, que le corps étranger avait subi une rotation dans le conduit. C'est ce que je constatai tout de suite par moi-même : le point brûlé par le cautère, présentant une teinte noire qui se trouvait la veille juste au centre du conduit, avait tourné autour d'un axe frontal vers la paroi postérieure, de sorte qu'on n'aurait point été à même de le toucher avec le cautère, sans brûler la peau. La cautérisation fut répétée encore au milieu de la surface sphérique et on fit, en outre, des instillations d'huile. Le lendemain, le malade m'apporta le pois qui s'était trouvé, le matin, si près de l'orifice externe du conduit, que la mère l'avait enlevé elle-même, au moyen d'une épingle à cheveux un peu courbée.

Relativement au mécanisme de la rotation et du déplacement spontanés du pois constatés dans cette observation, il faut tenir compte des circonstances suivantes :

1° Les cautérisations amenant une atrophie du pois, l'ont dégagé du conduit tuméfié qui le comprimait auparavant.

2° L'emploi de l'huile a produit un dégonflement de la peau du conduit avec dégagement ultérieur du corps étranger ;

3° La musculature du conduit et principalement celle du tragus et de l'antitragus, peu envisagée en général, a exercé une influence favorable. Mentionnons à ce propos un fait constaté par nombre de confrères sur un garçonnet de douze ans que j'ai présenté à la Société des médecins de Danzig en 1887 : au moment de la fermeture des paupières, l'orifice externe du conduit se rétrécit aussi, par rotation du tragus autour de l'axe frontal, de sorte que la partie latérale de la paroi antérieure du conduit subit un mouvement en dehors ⁽¹⁾ ; fait qui confirme d'une manière péremptoire l'opinion émise dernièrement, à la suite de recherches anatomiques soigneuses, par

(1) Sera publié in extenso.

M. Tataroff⁽¹⁾ qui dit que la fonction de ces petits muscles est de rétrécir le conduit : ils ont exercé de même dans l'observation précédente un effet expulsif sur le contenu du conduit et sur le pois dégagé qui a pu tourner, après le dégonflement du conduit. Dans deux cas de corps étrangers du conduit (noyau de caroube, lupin) traités par la galvanocaustique, Voltolini, ayant constaté également le déplacement spontané, l'a expliqué comme résultat d'une compression exercée par les parois tuméfiées du conduit : mais je crois que l'explication donnée ci-dessus s'accorde mieux avec les faits, ainsi qu'on le verra aussi par l'observation suivante.

OBSERVATION II. — Une dame s'introduisit, il y a quelques semaines, pour des maux de dents, un grain de café grillé dans le conduit. Un confrère fit de vaines tentatives pour le retirer au moyen d'un petit crochet, il échoua, même quelques pertes de sang survinrent. Après avoir constaté un assez fort gonflement de la peau du conduit autour du corps étranger et pratiqué quelques injections au moyen de la pompe foulante, qui ne le firent pas sortir, je prescrivis de simples instillations d'huile d'amandes : au bout de quelques jours le grain de café sortit tout seul.

La diminution du gonflement et la lubrification du conduit par l'huile, de même que l'action probablement réflexe de la musculature du tragus et de l'antitragus ont mobilisé et même fait sortir le grain de café, mais n'ont pas diminué, d'après Voltolini, la tuméfaction du conduit. Ma manière de voir sera probablement adoptée par tous ceux qui ont remarqué la grande mobilité du pavillon de l'oreille en général et du tragus en particulier sur des animaux plongeant dans l'eau, comme les loutres, les phoques, les hippopotames, etc. ; elle est, du reste, d'accord avec le déplacement fréquemment observé et spontané des corps étrangers de la trachée ou des bronches, à la suite de contractions de la musculature bronchique, consécutives à la trachéotomie. Il est regrettable que les exigences

⁽¹⁾ *Archiv. für Anatomie*, publ. par His et Braune, p. 55, 1887.

de la mode, la compression du pavillon de l'oreille par les brides des chapeaux chez les femmes, ainsi que le resserrement de la région sus-auriculaire par les chapeaux d'hommes empêchent presque toujours le développement de la musculature. L'emploi du galvanocautère dans le premier cas, m'a procuré une intéressante observation, mais je suis certain que j'aurais pu m'en passer et que le pois serait sorti tout seul ou sous l'influence de simples instillations d'huile. Celles-ci devraient, dans des cas semblables, toujours précéder les opérations et il sera bon de faire couler le malade sur l'oreille affectée. Du reste, d'après une note de Politzer (¹), M. Noquet a déjà signalé l'effet favorable de ces instillations.

III

PHLYCTÈNES HÉMORRHAGIQUES DU TYMPAN ET DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Par **A. COURTADE**, ancien interne des hôpitaux.

Parmi les affections du conduit auditif externe il en est une dont l'étiologie est encore assez obscure : nous voulons parler des phlyctènes hémorrhagiques ou bulles sanguines (Hartmann).

Politzer décrit l'affection sous le nom d'otite externe hémorrhagique, expression impropre, car on ne retrouve là aucun des caractères propres à l'inflammation ; spontanéité de la maladie, intégrité des portions voisines de la phlyctène, disparition plus ou moins rapide de l'éruption, tels sont les caractères distinctifs de cette affection qui la rapprochent singulièrement des lésions cutanées d'origine nerveuse.

Bien que secondaire dans certains cas, l'affection peut être primitive, idiopathique et constituer à elle seule toute la maladie.

(¹) *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 3^e édition, 1893.

Nous avons observé l'apparition de phlyctènes hémorrhagiques dans le cours de l'otite moyenne aiguë catarrhale ou suppurée ; dans d'autres cas, il n'y avait jamais eu antérieurement d'affection de l'oreille et la phlyctène était seule en cause.

Le siège est variable ; tantôt située sur le tympan, tantôt dans le sillon prétympanique, tantôt enfin vers le milieu du conduit auditif.

On peut observer d'ailleurs une éruption double : l'une sur le conduit auditif, l'autre sur le tympan.

Les dimensions de la bulle sanguine varient dans d'assez grandes limites ; elle peut avoir quelques millimètres seulement d'étendue ou couvrir une partie de la membrane tympanique. Assez souvent les malades ne se présentent qu'après la rupture de la phlyctène alors que l'épiderme est détaché, entraîné par les injections, ce qui rend impossible l'appréciation des diamètres de la lésion.

La lésion est constituée par une ampoule de forme irrégulière, de diamètre variable et remplie de sang.

Après deux ou trois jours, la couche superficielle de la phlyctène peut se rompre et donner issue à quelques gouttes de sang ; exceptionnels sont les cas où l'hémorrhagie persiste plusieurs jours, donnant lieu à une perte de sang sinon dangereuse, au moins inquiétante ; nous en citerons cependant deux observations.

Assez souvent la phlyctène ne se rompt pas, mais se dessèche sur place, formant une croûte noirâtre, dure au contact du stylet et assez adhérente au derme.

Quand la phlyctène siège sur le conduit auditif, on peut voir, après détachement de l'épiderme, une surface rouge vif, lisse, et, dans le voisinage, des masses blanc grisâtre, molles qui sont formées par l'épiderme desquamé, imbibé et ramolli.

Les symptômes de cette affection sont toujours soudains et souvent marqués par leur violence.

Si l'affection apparaît dans le cours d'une otite moyenne aiguë il y a brusquement aggravation dans les symptômes subjectifs : céphalalgie, bourdonnements intenses, surdité plus marquée ; sensations de gêne, de tension dans l'oreille.

Quand la phlyctène apparaît en même temps que l'otite, il est difficile d'établir si les symptômes observés lui sont imputables ou s'il faut les mettre sur le compte de l'inflammation de l'oreille moyenne.

Dans la forme idiopathique, le début est marqué par une céphalalgie intense, des bourdonnements extrêmement pénibles, parfois même par un vertige qui rend la marche difficile ou hésitante ; la surdité modérée dans certains cas, peut être à peu près complète pendant plusieurs heures. Chez une de nos malades, l'œil du même côté fut frappé d'amaurose pendant une demi-journée et le même côté de la face agité de tressaillements, de contractions involontaires.

Après une demi-journée ou vingt-quatre heures au plus, les symptômes diminuent d'intensité et il ne reste plus que des bourdonnements et une surdité plus ou moins marquée suivant les cas ; s'il n'existe pas d'otite moyenne antérieure, tout disparaît en quelques jours.

Chez une femme de 50 ans, l'affection survint d'abord du côté gauche et deux jours après à droite ; quand elle vint consulter, cinq jours après le début des accidents, on observait sur le tympan gauche, l'existence d'une croûte noirâtre, sèche, insensible au contact du stylet et occupant une partie assez limitée du segment postéro-inférieur. A droite, la phlyctène recouvrait toute la moitié antérieure du tympan et contenait encore du sang incomplètement coagulé. Elle n'avait jamais eu la moindre affection de l'oreille avant celle-ci ; il s'agissait donc de la forme idiopathique de la maladie.

Dans certains cas, extrêmement rares, l'hémorrhagie consécutive à la rupture de la phlyctène persiste pendant plusieurs jours et nécessite l'intervention. En voici deux observations :

OBSERVATION I. — M^{me} X... 32 ans, a été, à l'âge de 9 ans, comme paralysée pendant environ 2 ans. A la suite de cette maladie, a été atteinte d'attaques nerveuses qui survenaient quelquefois deux fois dans la même journée, mais qui cessaient, dans quelques cas pendant une période de 2 à 3 mois ; ces crises étaient caractérisées par une perte de connaissance complète, par des morsures de la langue et étaient suivies de somnolence. Mariée à 17 ans, elle a eu trois enfants dont le premier

est mort de méningite à 9 jours ; le second, de la même maladie à l'âge de 10 ans ; enfin un troisième, âgé de 7 ans, se porte bien mais est très nerveux.

Depuis la naissance de ce dernier enfant, elle n'a plus eu de crises nerveuses.

Elle est à peu près réglée toutes les six semaines et chaque période dure 8 jours pleins.

La dernière fois, le 13 mars 1894, à la suite d'une grande frayeur et du froid, les règles se sont arrêtées brusquement au bout de deux jours ; la malade a été alors atteinte d'un rhume assez violent avec douleurs articulaires et musculaires et de la céphalalgie.

Le 30 mars, a été prise en se levant le matin, de vertiges, d'étourdissements et de surdité complète de l'oreille gauche ; la vision de l'œil gauche était trouble.

Le même soir, il survient spontanément un écoulement sanguin par l'oreille gauche qui produit une grande détente dans les symptômes auriculaires ; l'audition devient meilleure.

Le premier jour l'oreiller a été taché par le sang ; les autres jours l'hémorrhagie a été moins abondante, sauf hier dans la journée où l'écoulement a été plus fort.

La malade se plaint encore de sifflements dans l'oreille gauche ; elle dort très mal parce qu'elle est agitée, a des cauchemars, mais ne souffre pas de l'oreille.

A l'examen on constate vers le milieu environ du conduit auditif, une zone très rouge qui occupe les parois antérieure, inférieure et un peu la postérieure ; sur la paroi inférieure on trouve une masse blanc grisâtre formée par l'épiderme de la phlyctène, détaché et ramolli.

Le tympan est terne, dépoli, mais sans phlyctène ; le manche du marteau est légèrement injecté.

Bien que l'hémorrhagie ne soit pas assez abondante pour créer un danger, je pratique néanmoins le tamponnement avec de la gaze iodoformée qui met fin à cette perte de sang qui dure depuis 4 jours.

OBSERVATION II. — M^{lle} D... 18 ans, a été prise il y a 5 jours, de midi jusqu'au soir, de douleurs violentes du côté droit de la tête, de tiraillements dans la joue du même côté ; amaurose presque complète de l'œil droit ; bruits subjectifs en forme de bouillonnements et surdité très notable de l'oreille droite.

Vers cinq heures du soir, brusquement il survient une hémorrhagie par l'oreille droite, qui continue la nuit, augmente

le lendemain puis diminue ; le quatrième jour l'hémorrhagie a été assez forte pendant quelques minutes.

Le 5^e jour la malade vient consulter.

A l'examen, on constate, vers le milieu environ du conduit auditif, à l'union des parois inférieure et postérieure du conduit, l'existence d'une surface de quelques millimètres d'étendue, rouge, comme excoriée, dépouillée de son épiderme dont les débris se retrouvent sous forme de masses blanc grisâtre qui recouvrent les régions voisines de l'excoriation.

Le tympan est absolument normal.

Un tamponnement avec la gaze iodoformée, fait cesser définitivement l'écoulement sanguin qui persiste depuis 5 jours.

Bien qu'il ne persiste, les jours suivants, qu'un peu de rougeur à la place de la phlyctène, cette région est encore très douloureuse au contact du stylet moussé ; de plus, tous les soirs, vers sept heures les douleurs vers la tempe, la joue, acquièrent une intensité très violente. Bien que périodiques, les douleurs ne peuvent être attribuées à l'impaludisme dont la malade n'a jamais été atteinte.

Le diagnostic de la phlyctène du conduit ne présente aucune difficulté quand l'affection est à la première période ; une ampoule remplie de sang rouge noirâtre, dont la paroi superficielle est dépressible avec le stylet, peu douloureuse au contact, ne ressemble à aucune autre affection du conduit ou de la membrane du tympan.

Quand la phlyctène s'est desséchée et forme une croûte arrondie, nettement circonscrite, pour peu que l'examen du tympan soit difficile, à cause de l'étroitesse du méat, on serait tenté de prime abord de diagnostiquer une perforation, qu'un peu d'attention et un examen plus complet feront éliminer.

Pour les phlyctènes du conduit auditif siégeant vers la partie moyenne, si le malade se présente, ce qui est la règle, après la rupture de l'ampoule, il faut nettoyer la région avec un stylet garni d'ouate et enlever l'épiderme ramolli pour reconnaître le siège de la bulle sanguine.

Intercurrente ou idiopathique, la phlyctène hémorrhagique est d'un pronostic bénin ; elle trahit cependant une certaine tendance aux congestions actives du côté de l'oreille moyenne

et du labyrinthe ; dans un cas cité par Hartmann, le malade présenta les symptômes de la maladie de Ménière.

La description succincte que nous avons donnée de cette affection, indique suffisamment qu'il ne s'agit pas là d'une affection inflammatoire.

Quand on considère le début brusque de la maladie, les symptômes congestifs étendus qui l'accompagnent, on ne peut se défendre d'établir un rapprochement avec les éruptions cutanées d'origine nerveuse, comme le zona.

Dans l'herpès zoster, on trouve aussi un début rapide, congestion de la peau, puis une éruption vésiculeuse à contenu parfois hémorrhagique ; nous ne pousserons pas l'analogie au point de regarder ces deux affections comme identiques, quoiqu'elles aient plusieurs symptômes communs, mais l'une et l'autre sont des affections des nerfs déterminant des troubles trophiques du côté de la peau et des muqueuses.

Le traitement de la phlyctène hémorrhagique est subordonné à son volume, à sa marche, aux conditions dans lesquelles elle survient.

Quand la phlyctène est récente, volumineuse à contenu encore liquide, on peut, après avoir désinfecté le conduit, l'ouvrir pour laisser écouler le sang qu'elle renferme ; si elle est petite ou si elle est déjà sèche, il faut s'abstenir de toute intervention ; la croûte se détachera spontanément au bout de quelques jours.

Dans les cas rares où le sang continue à suinter goutte à goutte à la surface de la peau dénudée, comme dans les deux observations que nous avons rapportées, il suffira de pratiquer le tamponnement du conduit pour mettre fin à l'hémorrhagie.

La phlyctène qui apparaît au début ou dans le cours de l'otite moyenne aiguë n'exige ordinairement aucun traitement autre que celui de l'affection de la caisse. Cependant si le vertige, les bourdonnements, la douleur sont intenses, on pourra avoir recours aux dérivatifs, au repos, à la quinine, à l'antipyrine sans négliger les moyens d'action que nous pouvons exercer sur l'oreille moyenne par les insufflations, les lavages, etc., quand la phase aiguë est terminée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DE LARYNGOLOGIE

SESSION DE 1894

Compte-rendu par le D^r F. HELME.*Président : M. le D^r CARTAZ.**Séance du 30 avril (soir).*

M. CARTAZ. — Je tiens à remercier mes collègues de l'honneur qu'ils m'ont fait en m'appelant à présider leurs réunions. J'adresse tous mes compliments de bienvenue à tous ceux que les fatigues d'un voyage n'ont point effrayés et qui, délaissant pour quelques jours leurs occupations, sont venus prendre part à nos travaux. Je déclare la séance ouverte et je donne la parole à M. le Secrétaire général.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Nous avons à vous proposer la candidature des confrères dont les noms suivent :

MM. GELLÉ (de Paris).
GUILLAUME (de Reims).
HELME (de Paris).
MENDEL (de Paris).
MOUNIER (de Paris).
RAOULT (de Nancy).
THOMAS (de Marseille).

Et comme membres correspondants étrangers celles de :

MM. BRESGEN (de Francfort).
HERYNG (de Varsovie).
MICHAEL (de Hambourg).
SAJOUS (de Philadelphie).
SCHMIDT (de Francfort).
SOKOLOWSKI (de Varsovie).

Depuis votre dernière réunion, nous avons eu à déplorer la perte d'un de nos collègues, M. Joly. Je n'ai point à vous parler des titres scientifiques de notre regretté confrère. Ils sont trop connus de vous tous pour qu'il soit besoin de les énumérer ici. Je tiens seulement à envoyer notre souvenir au collègue bienveillant, qui montra tant d'intérêt à notre société naissante.

Commission de candidatures : Garel, Martin, Noquet, rapporteur.

Résultat du vote pour la nomination d'un vice président qui sera le président pour la session de 1895 : M. POYET est élu à l'unanimité moins deux voix.

Traitement des polypes muqueux de la cavité nasale proprement dite.

M. DELIE (d'Ypres), *rapporteur*. — Avant d'aborder le traitement proprement dit des polypes muqueux, je dois mentionner les tentatives qui ont été faites pour amener la régression de ces tumeurs, soit par des injections interstitielles, soit en faisant priser au malade des poudres astringentes. Tout cela n'a qu'un intérêt historique en quelque sorte ; cependant on peut rappeler qu'on a essayé des insufflations de poudres astringentes, alun, etc., des badigeonnages de liquides caustiques, perchlorure de fer, nitrate d'argent, etc. On a cherché encore à produire la régression des polypes, en pratiquant dans leur épaisseur des injections d'alcool. Mais ce sont là des moyens peu pratiques, d'une efficacité douteuse. Je m'empresse d'ajouter qu'ils sont complètement abandonnés.

Quand on voudra débarrasser les fosses nasales de polypes muqueux, on devra s'adresser aux deux procédés suivants : l'*excision* et l'*arrachement*. Ce sont les deux seules méthodes utiles et vraiment chirurgicales.

Elles ont entre elles un point commun, c'est qu'elles nécessitent des soins préalables et des préparatifs que personne ne saurait omettre, sous peine de faute lourde. Avant l'opération, il faudra désinfecter avec soin et autant que cela sera possible le champ opératoire. On pratiquera donc des injections intra-nasales suivant le procédé habituel, soit avec une solution antiseptique, eau boricée ou salolée, soit simplement avec un liquide aseptique, de l'eau bouillie par exemple. Dans ce dernier cas le liquide aura tout simplement une action de chasse et débar-

rassera les cavités des poussières et des micro-organismes qui les peuplent. Ceci fait, on préparera son éclairage de façon à avoir le champ opératoire pour ainsi dire sous les yeux. On pourra se servir, soit de la lumière directe, soit de la lumière réfléchie. Nous croyons devoir conseiller dans ces cas la lumière électrique projetée directement par une lampe fixée sur le front. L'opérateur ne risque pas ainsi de masquer son champ lumineux avec l'une de ses mains ou ses bras au moment de l'opération. Il est des cas où l'on pourra employer les petites lampes électriques que l'on introduit dans le rhino-pharynx. Mais ce procédé un peu compliqué déjà, sera réservé à l'examen des pédicules de polypes implantés très en arrière dans les cavités. Nous avons notre lumière bien placée, cependant le champ opératoire peut nous être masqué par une hypertrophie des cornets; il faudra recourir alors aux badigeonnages de cocaïne. Il est bien rare que l'on soit obligé d'enlever une crête de la cloison; l'usage de la cocaïne paraît suffire dans tous les cas. On passera après ces préliminaires à l'opération proprement dite et nous nous retrouvons ici en présence de nos deux procédés : arrachement, excision.

1^o *Arrachement.* — On se servait jadis de longues pinces. On mettait autant que possible le malade en face du jour et l'on allait saisir les tumeurs entre les mors de l'instrument. On tirait violemment à soi et l'on ramenait souvent les polypes, mais quelquefois de forts lambeaux de muqueuses, voire même tout ou partie des cornets. Je ne crois pas devoir insister sur les inconvénients de l'emploi des pinces. C'est là une opération brutale, très douloureuse. On va au hasard, sans trop savoir où, et la pratique actuelle s'accommode difficilement d'interventions aussi mal réglées. De plus, avec les pinces, les séances opératoires se multiplient. On arrive bien à saisir les gros polypes, mais jamais à enserrer les petits. Il ne faut pas davantage songer par ce moyen à abraser la muqueuse pour détruire les granulations polypoides qui ne demandent qu'à se développer ensuite. Enfin on est exposé à des hémorrhagies qui ne sont pas sans danger. Pour toutes ces raisons, il faut recourir à la deuxième méthode, à l'excision.

2^o *Excision.* — Cette méthode comprend l'emploi de pinces coupantes, de la ligature extemporanée, de la galvano-caustique.

Les pinces coupantes sont des curettes tranchantes doubles. Elles peuvent être pleines ou fenêtrées. Elles s'émoussent assez facilement et obligent, dans ces cas, à opérer sur la tumeur de légères tractions. Elles rendent de grands services dans l'abla-

tion des petits polypes multiples qui obstruent la voûte nasale, ou encore dans les dégénérescences polypoides plus ou moins étendues des cornets moyens et inférieurs. Elles peuvent encore servir à enlever les polypes à large base d'implantation et sans pédicule. Mais ces pinces sont inutiles pour l'ablation des grands polypes bien pédiculés. Dans ces cas elles peuvent même gêner l'opérateur.

La ligature extemporanée se fait au moyen de serre-nœuds à canal simple ou double ; avec les premiers on sectionne la partie du pédicule reserrée dans l'anse. Les autres compriment fortement le pédicule et achèvent l'ablation par un véritable arrachement. Avec ces derniers l'opération est plus radicale, le nombre des séances nécessaires est beaucoup plus restreint, mais la douleur et l'hémorrhagie sont plus accentuées. Comme fils, on devra se servir de préférence de fils bien malléables : laiton ou cuivre, etc. Le temps principal de l'ablation est celui qui a pour but de bien coiffer le polype. Il importe, en effet, si l'on veut procéder avec méthode, de bien s'assurer par de petites tractions que l'on est arrivé jusqu'au pédicule. Lorsqu'on est sûr d'avoir remonté l'anse assez haut, on peut alors, mais alors seulement, tenter d'opérer l'extraction du néoplasme. Celle-ci doit être lente, continue.

Il ne faut pas se presser et tirer brusquement l'instrument, car c'est le moyen de provoquer des hémorrhagies dont le moindre inconvénient serait de masquer le champ opératoire. Si l'on a affaire à des polypes volumineux, on pourra les enlever par morcellement ou encore les réduire en usant de la méthode de malaxation préconisée par notre collègue, M. Wagnier.

L'hémorrhagie consécutive à l'emploi de la ligature extemporanée ou du polypotome est des plus variables. Elle peut dépendre de la vascularisation du polype, du tempérament du malade. Mais elle peut tenir aussi à l'impatience du médecin. Moins on opérera vite, moins on aura d'hémorrhagie. Celle-ci peut dépendre encore du calibre du fil ; plus celui-ci sera gros, moins il y aura chances d'hémorrhagies. Quoi qu'il en soit, cet accident n'aura rien qui puisse inquiéter. Il suffira d'une irrigation chaude d'eau bouillie, soit pure, soit coupée d'un peu de chloroforme, pour voir le sang cesser de couler. Si les injections ne suffisent pas, le tamponnement antérieur avec de la gaze iodiformée ou avec de l'ouate aseptique imbibée d'une solution d'antipyrine au 1/3, ou d'eau de Pagliari, pourra parer aux accidents plus sérieux. Il est bien rare que l'on doive recourir au tamponnement postérieur. On le pratiquera seulement à la der-

nière extrémité et, dans ce cas, on devra suivre autant que possible les règles de l'asepsie la plus absolue.

Galvano-caustique. — L'anse galvanique a été substituée à l'anse froide pour prévenir les hémorrhagies. Elle a l'avantage de cautériser en même temps qu'elle sectionne. On se sert de fils de platine, ou encore de fils d'acier, mais il faut avoir soin de bien régler l'anse avant l'emploi, de façon à ce que près du terme de l'opération l'anse devenue très courte ne « brûle » pas sous l'influence d'un courant trop puissant. Le fil devra être porté et maintenu au rouge sombre ; à cette condition seulement on aura un effet hémostatique.

Le procédé d'introduction de l'instrument, un peu plus compliqué à cause de son volume, est identique à celui du polypotome ordinaire. Quand on aura bien saisi et enserré le pédicule, on fera passer rapidement le courant en pressant sur la gâchette du manche, on attendra un peu, puis on fera passer de nouveau le courant par petits intervalles suffisamment espacés.

Quelle doit être la durée des séances d'opération ? Cela varie avec le sujet, avec la quantité de sang répandu. En tous cas, on devra s'arrêter lorsqu'on n'aura plus bien nettement sous les yeux le champ opératoire.

Nous venons de parler de l'anse froide et chaude, mais dans les cas de petits polypes confluents difficiles à enserrer il faudra recourir aux curettes. Celles-ci, de formes variables, sont montées ordinairement sur des tiges de métal malléable. On adapte la courbure de l'instrument à la région sur laquelle on veut intervenir, et l'on abrase énergiquement la muqueuse sous le contrôle de la vue. L'emploi de la cocaïne est ici absolument indiqué. En général peu d'hémorrhagie et peu de douleur, si l'on n'a pas cureté les tissus sains.

Les méthodes les plus diverses peuvent être, comme on le voit, employées pour l'ablation des polypes, mais toutes doivent être suivies des soins les plus méticuleux. Nous recommandons avant de renvoyer le malade de lui faire dans le nez une injection d'une solution antiseptique tiède non irritante. On pourra encore insuffler de l'aristol, du dermatol, de l'acide borique ou toute autre poudre antiseptique. Enfin certains auteurs préconisent l'emploi de tampons d'ouate imbibés d'une solution de bleu de méthylène.

Traitement consécutif. — Il faudra le plus souvent, après l'opération, procéder à la cautérisation des tissus malades si l'on veut prévenir la repullulation de tumeurs nouvelles. On pourra

se servir pour cela de tous les caustiques chimiques en usage dans la pratique courante : chlorure de zinc, acide chromique. Le procédé dit « de la perle », l'agent chimique solide étant porté sur les tissus au moyen d'un stylet, constitue pour moi le procédé de cautérisation le plus puissant que je connaisse. Après ces cautérisations, j'ai l'habitude d'introduire dans le nez une mèche imbibée d'une solution de bicarbonate de soude. On peut encore faire un lavage avec une solution bicarbonatée au 8/1000^{me}. Enfin certains spécialistes se contentent d'insufflations de poudres au bicarbonate de soude.

Outre les agents chimiques dont nous venons de parler, on peut encore se servir ici de la galvano-caustique. C'est même, je dois le dire, le moyen le meilleur et le plus efficace, mais il a des inconvénients. Tout d'abord il est douloureux ; les malades se plaignent de douleurs vives s'irradiant du côté des dents, de la face et du front. Il peut causer une hypersécrétion nasale pénible ; on constate toujours un écoulement séro-sanguinolent, de plus, il y a du larmoiement. On a observé chez certains sujets nerveux des syncopes à la suite de son emploi. Enfin localement il se produit un exsudat qui ne tarde pas d'ailleurs à être éliminé. On signale peu d'accidents d'érysipèle après l'emploi de ces diverses méthodes. On sait, grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, les prévenir beaucoup mieux que jadis. On a observé cependant quelquefois de la fièvre et de l'anorexie.

Il peut survenir de l'ozène après l'ablation de gros polypes. Les cavités anormalement distendues sont désormais trop grandes pour permettre le balayage des mucosités par l'air. Celles-ci stagnent dans les fosses nasales, fermentent et amènent la fétidité. Dans les cas de gros polypes, il serait peut-être bon de ne pas débarrasser complètement les fosses nasales, de façon à éviter cet inconvénient.

Les récidives sont fréquentes lorsqu'il y a de nombreux polypes et qu'ils sont situés très haut sur la voûte. Morell Mackenzie conseille dans ces cas d'enlever toute la muqueuse malade et même tout le cornet moyen. Cette opération se pratiquera, soit à la gouge et au maillet, soit avec l'anse galvanique. Enfin il est bon de conseiller aux malades de se faire examiner le nez au moins tous les trois mois.

En terminant, je recommande de ne pas perdre de vue le rôle des cavités de la face dans la production des polypes. Les maladies des divers sinus peuvent en effet provoquer ou entretenir leur développement au niveau de la muqueuse des cornets.

**Traitement des polypes muqueux et fibro-muqueux
du pharynx nasal.**

M. WAGNIER (de Lille), *rapporteur*. — L'étude des polypes du pharynx nasal se confond dans les livres classiques avec celle des polypes de la muqueuse nasale. Ce qui est bon pour les uns est bon pour les autres, semble-t-il. Et cependant les polypes du cavum sont d'une ablation autrement difficile que ceux du nez. Il est juste de reconnaître que quelques auteurs spéciaux, Störk, Moldenhauer entre autres, ont vivement insisté sur les difficultés que cette localisation naso-pharyngienne occasionne dans la pratique. Ces difficultés dont on ne triomphe souvent qu'avec peine exigent de l'opérateur sinon une habileté particulière, du moins une grande habitude des interventions dans cette région.

La pratique des rhinologistes a montré la fréquence de ces tumeurs. Si l'on n'en faisait pas souvent mention autrefois, c'est qu'elles passaient inaperçues. Nous-mêmes nous les découvrons le plus souvent lorsque les réflexes dus à l'obstruction nasale, si bien décrits par Hajek, nous mettent sur la voie du diagnostic. Ces polypes ne sont décelés le plus habituellement que par la rhinoscopie postérieure. On devra donc toujours la pratiquer avec soin chez tous les malades qui ont des polypes du nez. Elle nous donnera toujours d'utiles renseignements. Si par exemple on trouve à l'entrée des fosses nasales une grosse tumeur peu mobile, difficile à circonscrire, il y a bien des chances pour qu'elle s'insère en arrière. Et c'est ici, je le répète, que la rhinoscopie postérieure pourra nous rendre les plus grands services.

Je divise les tumeurs bénignes en deux catégories : les fibromyxomes et les myxomes proprement dits. Bien étudiés depuis la première observation de Legouest qui date de 1869, les fibromyxomes constituent des tumeurs assez dures, lisses, arrondies, qui n'émettent aucun prolongement. Ces néoplasmes ont une base d'implantation très mince et souvent fragile. Ils causent peu de gêne aux malades. Il ne faut pas confondre le fibromyxome avec le fibrome. Ce dernier revêt un caractère particulier, tant par sa texture que par les redoutables accidents dont il est la cause. D'une part, il s'insère toujours par un large pédicule sur l'apophyse basilaire ; d'autre part, il offre une consistance particulièrement dure et une tendance aux hémorragies qui le distinguent nettement du fibromyxome ; celui-ci s'insère par un

mince pédicule un peu en arrière de l'orifice des choanes, et ne provoque jamais d'accidents graves.

Les myxomes s'insèrent ordinairement à la partie postérieure du cornet moyen; ils sont, — la consistance en moins, — en tout semblables aux polypes muqueux du nez. Ils gênent davantage les malades que les fibro-myxomes, occasionnent de la surdité, du catarrhe tubaire, en un mot des troubles variés qui d'ailleurs semblent diminuer ou augmenter d'intensité d'un jour à l'autre.

Dans cette revue du traitement opératoire je ne séparerai pas les myxomes proprement dits et les fibro myxomes. Les mêmes procédés s'appliquent aux uns et aux autres.

Je dois mentionner sans m'y arrêter les divers procédés de traitement aujourd'hui abandonnés et qui n'offrent plus qu'un intérêt rétrospectif. Je veux parler de la compression, de l'électrolyse, des injections interstitielles, etc. Deux méthodes seules subsistent: l'incision à l'anse métallique et l'arrachement. La première ne doit être employée que si l'on est sûr d'être parvenu jusqu'à l'insertion du pédicule. Et dans ce cas je ne vois aucune raison pour ne pas user de l'anse galvanique qui coupe sans effort et cautérise en même temps. Lorsqu'on ne peut arriver jusqu'au pédicule, et il en est presque toujours ainsi pour les polypes développés dans le pharynx nasal, je suis partisan de l'arrachement. L'instrument que je préfère dans ce but est l'anse froide. Je la considère comme une pince d'une forme particulière, beaucoup plus facile à manier sous le contrôle de la vue. Le polype une fois enserré dans l'anse, au lieu de chercher à opérer la section, on en fera l'ablation par une traction brusque. Les polypes du pharynx nasal sont plus résistants, plus consistants que ceux du nez, leur pédiculisation est d'autre part plus mince, la traction aura donc pour effet, non de détacher un fragment de la tumeur, mais le pédicule lui-même de son insertion. Cette méthode s'applique à plus forte raison aux polypes fibro muqueux où cette double condition de résistance du tissu et d'étroitesse d'insertion est plus accentuée encore.

L'obstacle à l'extraction de ces polypes, quelle que soit la voie que l'on emploie, nasale ou buccale, réside dans le volume considérable qu'ils présentent souvent. On peut diminuer ce volume avec le galvano-cautère, par le morcellement et surtout par la malaxation douce et méthodique que j'ai préconisée il y a deux ans et qui m'a toujours donné les meilleurs résultats. La malaxation se pratique en introduisant le doigt bien aseptisé dans le avum et en exerçant une sorte de massage énergique sur la tu-

meur, celle-ci diminue bientôt de volume sous l'influence de cette manœuvre et on peut alors introduire l'instrument dans les cavités nasales et opérer, avec facilité, sur la tumeur considérablement réduite de volume. Pour cette petite opération préliminaire, qui n'a d'ailleurs rien de douloureux, il est important que le malade reste bien immobile. Pour cela, je maintiens solidement sa tête sous mon aisselle gauche, la main gauche achevant de le fixer et servant également à maintenir la bouche suffisamment ouverte. La malaxation est donc un procédé commode pour arriver à la tumeur par la voie nasale. Il peut y avoir lieu cependant, avant d'opérer par ce procédé, d'agrandir le calibre des cavités du nez. Tantôt il faudra, avant toute intervention sur le néoplasme, pratiquer la résection d'éperons de la cloison; tantôt diminuer le volume d'un cornet ou encore sectionner des brides résultant d'opération d'arrachement à l'aveugle comme il s'en pratique encore trop souvent, etc.

Nous avons jusqu'ici fait allusion à la seule voie nasale, mais il en est une autre suivie par beaucoup de chirurgiens; nous voulons parler de l'incision du voile du palais que l'on retrouve dans la plupart des observations de fibro-myxomes qui n'ont pas été opérés par le spécialiste. Inutile de dire que nous répropons ces grands délabrements. Le rôle de la chirurgie doit être ici très modeste et les incisions ne sont jamais indispensables, le serre nœud suffit.

Lorsque l'on opère par la voie nasale, on introduit l'instrument jusqu'au pharynx nasal. Arrivé là, on tente d'engager la tumeur dans l'anse et lorsqu'on est arrivé au pédicule, il ne reste plus qu'à sectionner. Mais ce procédé a un inconvénient. Si, au lieu de tenir le pédicule, on n'enserme qu'un fragment de la tumeur, on a bien des chances de faire tomber ce fragment en arrière. J'emploie de préférence l'anse reliée à un courant galvanique. Je m'en sers à chaud pour faciliter la préhension d'une partie seulement de la tumeur quand celle-ci ne peut être saisie en totalité. Voici ce qui se produit. Au moment où j'ai bien enserré la tumeur, je fais passer le courant très rapidement. J'établis ainsi sur les tissus une sorte de collet qui fixe mon anse d'une façon absolue, je peux alors ayant, bien entendu, interrompu le courant, faire l'extraction de la masse entière par arrachement. Le pédicule est ordinairement des plus minces et l'ablation totale facile. Il n'est, comme on le voit, nul besoin d'employer le courant galvanique, si ce n'est pour l'instant rapide où l'on fixe l'anse sur la tumeur.

Ce procédé est celui que j'emploie le plus ordinairement, mais il n'est point le seul. On peut aller charger le polype en s'aidant de l'index introduit dans le rhino-pharynx. On peut employer la sonde de Belloc qui servira à passer les fils en arrière du néoplasme pour l'enserrer. Le Dr Goris (de Bruxelles) a inventé un instrument qui est basé sur le principe du porte-lacs obstétrical et qui peut rendre des services. On recourra encore au crochet de Lange (de Copenhague) : je l'ai employé une fois, mais je dois reconnaître qu'il ne m'a pas été aussi utile que je l'espérais.

Reste à parler de la voie buccale.

A première vue, elle semblerait d'un emploi plus simple que la voie nasale. Cependant tous les spécialistes l'ont successivement rejetée, tous pénètrent par les cavités nasales. Quoi qu'il en soit, on peut enlever les polypes par la bouche, soit avec l'anse, soit avec des pinces. On pourra s'aider du releveur du voile et faire l'ablation, en se servant d'une pince de Museux, ou en usant d'une pince appropriée à la région. On a fait construire, en effet, des pinces dites naso-pharyngiennes qui sont ici tout indiquées. Elles ont été inventées dans le but d'empêcher les tumeurs de tomber dans les voies respiratoires. Zaufal a employé le doigt pour pratiquer ces ablations, moi-même j'ai pu suivre une fois ce procédé.

L'hémorrhagie consécutive à l'opération est souvent insignifiante, elle est rarement assez abondante pour exiger le tamponnement.

L'accident le plus fréquent après ces opérations consiste dans l'inflammation des trompes et de l'oreille moyenne. On évitera ces complications en ayant soin de ne pas produire de contusions au niveau des orifices tubaires. Aussi je déconseille l'emploi des lavages pratiqués avec force et je leur préfère les pulvérisations antiseptiques.

Je pense qu'il est toujours possible d'obtenir l'évacuation complète et d'éviter la récurrence, la cavité naso-pharyngienne se prêtant beaucoup mieux que les fosses nasales proprement dites à l'exploration détaillée après l'ablation des polypes et à la cautérisation des points d'insertion.

Discussion.

M. MOURE (de Bordeaux). — Dans son intéressant mémoire M. Wagnier semble avoir omis, à propos des fibro-myxomes, de nous dire qu'ils sont plus faciles à enlever que les autres polypes.

Creusés habituellement de cavités, il suffit d'ordinaire de crever la poche pour arriver facilement au pédicule. Cette transformation kystique est importante au point de vue du traitement. Avec elle l'emploi du galvano-cautère est inutile. Il n'y a jamais d'hémorrhagie grave, souvent l'opération est pour ainsi dire exsangue, c'est à peine si les malades perdent quelques gouttes de sang.

M. GAREL (de Lyon). — Au point de vue des hémorrhagies, lorsqu'on se trouve en présence d'un accident de ce genre, le remède est bien simple. On fait moucher le malade et immédiatement le sang cesse de couler. Cela peut paraître paradoxal et cependant cela est. Je pense, également, qu'il y a lieu au point de vue du traitement, de distinguer les polypes en fibro-kystiques et en fibro muqueux. Pour moi, je tente toujours de faire l'ablation à l'anse ; si cela n'est pas possible, je me sers du doigt pour engager la tumeur. Je me sers encore de la sonde de Belloc, c'est là encore un bon procédé. Mais je ne me sers jamais de l'anse chaude. Cet instrument me paraît ici dangereux, outre les difficultés très grandes que présente son emploi, on peut léser les points voisins du champ opératoire. Enfin je conseille, après l'opération même la mieux conduite et la plus complète, de revoir souvent les malades. Je reçois depuis longtemps à mon cabinet une dame chez laquelle les tumeurs se reproduisent à chaque instant, et cela malgré tous mes efforts.

M. VACHER (d'Orléans). — J'ai observé l'an dernier un cas de polypes que j'ai jugé digne de vous être rapporté. Les tumeurs étaient si nombreuses, leur volume si grand, que les ailes du nez étaient écartées de sept centimètres en dehors de la cloison. Les polypes sortaient par les orifices des narines et tombaient sur la face, pareils à de grosses cerises. Cela donnait à la malade, un aspect absolument repoussant. L'affection datait de longtemps, mais la malade avait toujours reculé devant l'intervention. J'enlevai successivement quarante-deux polypes, je cautérisai avec soin les points d'implantation. Depuis l'intervention j'ai revu mon opérée, il n'y a pas eu de récurrence. Je dois ajouter que l'opération n'avait provoqué aucune hémorrhagie, à peine s'était-il écoulé quelques cuillerées à café de sang. Les tumeurs étaient localisées dans les fosses nasales. Il n'en existait aucune dans le rhino-pharynx.

M. NOUET (de Lille). — M. Delie n'a pas parlé de l'acide trichloracétique. Cependant ce médicament est à recommander pour la cautérisation consécutive à l'opération. Dans certains cas où le

galvano-cautère ne m'avait pas donné de résultats, je me suis bien trouvé de l'emploi de ce caustique. L'acide trichloracétique ne provoque pas de réaction. Il est plus douloureux sur le moment que l'acide chromique, mais à l'inverse de ce dernier agent il ne provoque jamais de phénomènes de réaction. L'acide chromique est en effet peu douloureux au moment de l'emploi, mais quelques heures après l'opération on a pu constater des troubles inflammatoires. L'acide trichloracétique amène des escharres blanches très épaisses. Il prévient les récides. J'ai observé pendant longtemps des malades chez lesquels une seule opération suivie de cette cautérisation a suffi pour qu'ils soient complètement délivrés de leurs tumeurs. Je citerai notamment le cas d'un vieillard de 65 ans qui n'eut, après une seule intervention, aucune trace de récide. Bien entendu le galvano-cautère a son mérite et je ne saurais le contester ici. J'ai voulu dire seulement que nous avons plusieurs méthodes à notre disposition et je me suis permis de vous recommander celle dont je me sers souvent avec succès.

M. POYET. — J'ai renoncé à toute cautérisation, parce que l'agent caustique ne porte pas sur les points voulus et que la récide est pour ainsi dire fatale. Ce que je viens de dire est peu consolant ; ce qui l'est davantage c'est que les polypes disparaissent spontanément au bout de huit à dix ablations. La guérison est donc certaine. Il suffit que médecin et malades aient un peu de patience.

M. LUBET-BARBON. — Les polypes ne récidivent pas. Si à un moment donné, après plusieurs ablations successives, ces tumeurs cessent de se reproduire, c'est tout simplement parce qu'alors on les a toutes enlevées.

M. BONAIN (de Brest). — J'ai vu un cas de polype du méat inférieur récidiver et résister à toutes les cautérisations. J'ai dû pratiquer un curettage énergique. Ce moyen seul m'a rendu maître de la situation et depuis cette intervention la tumeur ne s'est pas reproduite.

M. DELIE. — Je répondrai à M. Garel que le remède qu'il préconise contre l'hémorrhagie nasale est celui que tout le monde emploie. Je l'ai cru trop banal pour en parler dans mon rapport. Pour ce qui est de la récide des polypes, je suis absolument d'accord avec notre excellent collègue Lubet-Barbon. Non, les polypes ne récidivent pas. Mais il y a tout autour du polype un terrain malade, c'est là que se produit la pullulation. Et cela nous explique encore l'utilité des cautérisations énergiques.

**Présentation d'un instrument : gouge pour les crêtes
de la cloison du nez.**

M. DELIE. — Les gouges dont on se sert pour faire sauter les crêtes de la cloison ont habituellement de trop fortes dimensions. On ne peut suivre leur action, le tranchant s'engage dans les fosses nasales un peu à l'aveugle, de sorte qu'on risque souvent d'aller plus loin qu'on ne voudrait. J'ai fait construire une gouge qui, je crois, est d'un maniement plus facile et qui offre par conséquent plus de sécurité pour l'opérateur. On trouvera la description très complète de cet instrument dans la *Revue internationale de rhinologie, otologie et laryngologie* du 25 février 1894, n° 2. Le point intéressant de cette gouge est le suivant : « La partie médiane de l'extrémité est rentrante et seule coupante, de façon à ce que les deux angles de 1 à 2 millimètres de largeur forment des colonnettes arrondies bien mousses qui dépassent d'un millimètre la lame tranchante. Ces petits épaulements latéraux empêchent la partie coupante de pénétrer dans les tissus à une profondeur plus grande que celle fixée par l'opérateur. Si la crête à enlever ne présente pas une épaisseur de 1 centimètre, on peut diminuer proportionnellement la largeur de la lame coupante au moyen d'un fil ou d'un morceau de sparadrap. La gouge mord parfaitement ; un effort de la main suffit à enlever les crêtes cartilagineuses : des crêtes osseuses demandent souvent l'usage du maillet. »

Du surmenage vocal.

M. POYET. — Le larynx est en même temps l'un des organes de la respiration et l'organe principal de la phonation. De ces deux fonctions, l'une peut être regardée comme purement passive, je veux parler de la respiration, bien qu'elle soit dans une certaine mesure sous la dépendance de notre volonté, l'autre au contraire comme purement active et voulue

En termes simples, la respiration se fait inconsciemment et sans aucun effort pour le larynx, c'est-à-dire sans aucune déperdition de force, tandis que la phonation nécessite une volonté qui met en action des forces musculaires. De là, dépense qui, si elle est répétée trop fréquemment, dans de mauvaises conditions d'hygiène surtout, peut se traduire par des troubles fonctionnels

d'origine nerveuse, musculaire, nutritive, qui constituent le surmenage vocal. Le surmenage vocal chez les chanteurs peut être d'origine purement laryngée ou d'origine respiratoire. Ce sont les différentes modalités de ces troubles que nous nous proposons de passer en revue dans la communication que nous avons l'honneur de vous présenter.

Commençons par dire que la résistance du larynx aux fatigues qu'on lui impose n'est pas la même pour tous. Tel travail qui pour l'un ne sera qu'un jeu, sera pour un autre une véritable fatigue sinon une impossibilité. Cela revient à dire que, comme tous les autres organes, le larynx est plus ou moins vigoureux selon les individus, selon les âges, les sexes, et surtout selon l'entraînement dont il aura été l'objet.

Il est des personnes qui peuvent fournir une somme de voix considérable comme durée et comme volume. En général, le larynx de l'adulte est plus résistant que celui de l'enfant et du vieillard, et la voix de l'homme est certainement plus résistante que celle de la femme. Quant à la question d'entraînement, elle est incontestable, et il suffit pour s'en rendre compte d'écouter un orateur, un comédien ou un chanteur. Ce n'est qu'après des études et des exercices vocaux et pulmonaires prolongés, méthodiques, qu'un chanteur peut chaque jour, pendant plusieurs heures, fournir un volume de voix assez timbrée et puissante pour se faire entendre de tout le public d'une salle qui, quelquefois, contient plusieurs milliers d'auditeurs.

Maintenant, il nous faut ajouter, pour être complet, que le surmenage vocal n'est pas toujours d'origine laryngée, mais que très souvent, ainsi que l'a fait ressortir notre confrère, le Dr Joal, il n'est que l'expression et la conséquence d'un surmenage respiratoire.

Notre confrère, dans son travail sur la respiration dans le chant, après avoir établi que d'une part une respiration puissante et habilement ménagée permettait seule au chanteur de régler l'émission de sa voix, avance très justement avec Lermoyez que la compensation vocale était indispensable au chanteur, entendant par compensation vocale le rôle que joue la respiration dans l'acte de la tension des cordes pour l'émission des sons.

Je tiens à ce propos à citer Lermoyez qui dit : « Il n'y a pas seulement, quand on étudie la formation des notes, à tenir compte du degré de contraction musculaire qui correspond à une hauteur donnée ; il importe de considérer au moins autant la pression exacte de l'air expiré à ce moment. »

Le surmenage vocal n'est en général observé que chez les professionnels de la voix, orateurs, comédiens, chanteurs surtout, parce que pour ceux-ci un organe pur est indispensable. Je ne veux pas dire par là que ce soient eux seulement qui soient exposés aux affections qu'entraîne ce surmenage vocal, car nous avons assez souvent l'occasion de l'observer chez des commerçants, des industriels, et même chez de simples particuliers qui, pour une raison ou pour une autre font travailler d'une façon exagérée leur larynx, mais le plus souvent chez ceux-ci l'affection passe inaperçue, tandis que chez les professionnels de la voix c'est l'intéressé lui-même qui attire l'attention du médecin sur son organe malade.

A quels symptômes fonctionnels et objectifs reconnaitrons-nous donc un larynx surmené ? Dans quelles conditions un chanteur va-t-il trouver un médecin pour faire soigner sa voix, alors qu'aucune douleur, aucun trouble général ne le pousse à cette démarche ? Voici ordinairement comment se passent les choses.

Le sujet est, ou un élève, c'est-à-dire un jeune, ou un artiste faisant ou ayant fait une carrière, qui vient vous trouver parce que ses moyens vocaux baissent et qu'il ne songe pas à mettre sur le compte de l'âge et de la déchéance physique une perte de moyens qui lui amène des accidents et des déboires.

Dans le premier cas, voici en général ce que vous dit le malade. Je suis élève chanteur. Depuis quelque temps mon professeur trouve que ma voix perd de son timbre et de son éclat, et moi-même je ne chante plus qu'avec une certaine gêne, une certaine difficulté. Lorsque j'ai commencé à travailler, je n'avais qu'à ouvrir la bouche pour que le son sorte ; aujourd'hui je suis obligé de pousser les sons, c'est à-dire de faire un effort qui, tout en me fatiguant, ne me permet pas d'atteindre les résultats que j'obtenais facilement au début de mes études. En même temps j'éprouve une certaine gêne de la respiration, les muscles du cou sont devenus douloureux au moindre effort, et la poitrine me fait mal en tel ou tel point. Cependant je ne tousse pas, mais j'ai des chats et des mucosités qui à tout moment me font détonner ou chanter faux.

Si vous interrogez le malade, vous apprenez alors, ou qu'il chante depuis peu de temps, ou que par suite d'une ambition très louable, il s'est livré à des exercices vocaux d'une durée invraisemblable, et cela sans se rendre compte qu'il fatiguait son larynx d'abord par un travail exagéré, ensuite par un tra-

vail mal compris. Il n'est pas rare de rencontrer des jeunes gens, hommes ou femmes, qui, croyant bien faire, travaillent leur voix en dehors de leur professeur et arrivent à chanter dans une soirée la valeur de trois ou quatre opéras, ou à déclamer trois ou quatre tragédies ou comédies. Il est fâcheux pour eux que la fatigue laryngée ne s'accuse pas par des phénomènes douloureux analogues à ceux qui caractérisent la fatigue des muscles des jambes ou des bras.

Quoi qu'il en soit, si vous examinez un de ces malades, voici ce que vous rencontrez inévitablement.

D'abord un pharynx rouge, le plus souvent granuleux et couvert d'un mucus plus ou moins abondant et adhérent. Les piliers du voile du palais sont rouges, la luette le plus souvent allongée, tuméfiée et opaline.

Au laryngoscope, les cordes vocales inférieures sont rosées, quelquefois grisâtres, les bords libres en sont frangés de mucosités lactescentes, la rougeur porte surtout sur la partie antérieure, c'est-à-dire dans l'angle vocal.

Si le surmenage dure depuis un certain temps, surtout si le malade ne chante pas ou ne parle pas dans sa voix, ce qui est plus fréquent qu'on ne le suppose, on trouve un certain épaississement de la muqueuse, et nous verrons que dans ce cas le mal est presque irréparable.

En effet, le surmenage chronique du larynx, après avoir amené de l'épaississement de la muqueuse, détermine une hyperhémie chronique qui entraîne des dilatations variqueuses des vaisseaux et souvent des proliférations épithéliales localisées et la formation de petites nodosités, bien décrites par Wagnier, qui siègent toujours sur le milieu du bord libre des cordes, sont presque toujours symétriques et entraînent à jamais la perte de la voix chantée.

Ce sont le plus souvent des accidents de cette nature qui amènent chez le spécialiste les chanteurs qui ont déjà fourni une longue carrière. Bien que, en général, ceux-ci sachent très bien à quoi ils s'exposent en surmenant leur organe vocal, ils ne peuvent pas toujours éviter un travail qui les fatigue. Ils doivent avant de chanter un rôle, le répéter pendant longtemps, quelquefois plusieurs heures par jour, alors que le soir même ils sont obligés de paraître devant le public, dans un ouvrage dont la tessiture musicale n'a souvent aucun rapport avec l'œuvre qu'ils ont chantée et répétée plusieurs fois dans la journée.

En dehors des symptômes objectifs et fonctionnels qui carac-

térisent le surmenage vocal, et que nous venons de passer rapidement en revue, nous ne devons pas omettre les différents symptômes généraux accusés par les malades et qui sont sensiblement les mêmes, que le surmenage soit purement laryngé ou qu'il soit dû à une respiration défectueuse.

En général, le chanteur est un être nerveux, toujours enclin à grossir les choses et pour lequel son art est tout. Le moindre accroc vocal est pour lui une véritable souffrance et pour peu qu'il se répète et devienne permanent, sa santé générale, sa nutrition, son sommeil s'en ressentent et il devient facilement neurasthénique. Les accidents généraux ne sont pas aussi accusés. Le plus souvent, les malades éprouvent, tantôt une sensation de sécheresse pénible, surtout dans l'arrière-cavité nasale, tantôt une sensation de corps étranger dans le larynx, tantôt une gêne et une douleur qu'ils localisent soit au niveau de la partie supérieure du thorax, soit dans les espaces intercostaux supérieurs. Ils signalent tous une production plus grande de mucosités laryngo-bronchiques qui les incite à hemmer dans l'espoir d'expulser ces mucosités souvent imaginaires.

Lorsque le surmenage laryngé n'en est encore qu'à sa première période, c'est-à-dire quand il n'a encore déterminé que de l'hyperhémie de la muqueuse, il s'accompagne toujours d'une sécrétion assez abondante que le malade expulse par des efforts de toux qui revêtent quelquefois la forme coqueluchoïde. Ces mucosités sont grisâtres, visqueuses, parfois piquetées de points noirs dus à la poussière inspirée, et parfois au contraire prenant la consistance du frai de grenouille ou de l'amidon cuit. Elles sont expulsées de la bouche, dans un mouvement de hemmage un peu violent, sous forme de petits pelotons de la grosseur d'un pois plus ou moins gros.

Lorsque la fluxion laryngée est un peu violente, on peut trouver dans ces mucosités quelques stries sanguines.

A une période plus avancée du surmenage, ces mucosités deviennent moins abondantes, mais elles sont plus tenaces, et tapissent et frangent le bord libre des cordes et sont alors le point de départ d'accidents vocaux bizarres. Ces mucosités vibrent en même temps que le bord libre des cordes, et il se produit dans ces cas des dédoublement du son, des bitonalités qui font le désespoir des malades dans les sons filés, dans la demi-teinte. Aussi, chez eux, il arrive que les désordres laryngés qu'entraîne le surmenage vocal revêtent une autre forme et se traduisent par d'autres symptômes. Il n'est pas rare en effet de constater le

relâchement des cordes vocales inférieures, une véritable parésie musculaire. Dans ces cas la voix perd non seulement de son timbre, mais encore elle devient chevrotante, la roulette (en terme de chant) se produit, et il arrive au chanteur de faire des couacs, accident dû au passage involontaire d'un registre à un autre, et cela malgré la volonté du chanteur.

Le Dr Joal, dans son traité de la respiration dans le chant, a signalé ces accidents et attribue au défaut de la compensation vocale un très grand rôle dans leur production. Tout en nous ralliant à sa manière de voir, nous sommes disposé à faire jouer aux lésions laryngées muqueuses-vasculaires et musculaires un rôle plus important que celui qu'il leur attribue ; et nous croyons que le surmenage vocal, fût-il d'origine respiratoire, ne commence à se traduire par des faits fonctionnels que lorsqu'il a déjà déterminé des désordres locaux, appréciables à l'examen laryngoscopique, ne seraient-ce que les fluxions de la muqueuse vocale, fluxions qui peuvent ne pas être localisées au larynx.

Du malmenage vocal.

M. CASTEX. — Il importe pour le laryngologiste de ne pas ignorer les conditions diverses qui peuvent altérer l'appareil vocal chez les professionnels de la voix qui surmènent ou malmènent cette délicate fonction. N'est il pas naturellement désigné pour veiller à la conservation, à l'hygiène de la voix ?

Lorsqu'un orateur ou un chanteur se plaint de fatigue fonctionnelle, on peut être certain qu'il a plutôt mésusé qu'abusé, car il est d'expérience qu'un emploi méthodique de la voix permet de l'utiliser beaucoup sans la surmener. Un cheval bien conduit peut fournir de longues étapes, mais en des mains moins expertes il arrive vite au surmenage.

On doit envisager successivement les causes, les effets et le traitement du malmenage.

I. Causes. — Elles ne sont pas exactement les mêmes pour les voix parlée et chantée, encore qu'il n'y ait pas de différences fondamentales entre ces deux emplois. Ils ont même des causes communes de malmenage, mais, pour mettre plus d'ordre dans leur étude, je les répartirai en deux groupes distincts.

1° Pour la voix parlée. — Il semble que la parole fatigue l'appareil vocal plus que le chant, toutes conditions égales d'ailleurs. Les artistes qui chantent l'opéra-comique ont souvent

remarqué que leur voix s'épuisait principalement en disant le poème. Les instituteurs ou institutrices tenus à des dépenses répétées de parole, représentent une importante proportion dans le nombre des professionnels surmenés.

Un orateur se fatigue promptement quand il laisse sa voix s'écarter du *médium*. On raconte de Talma qu'avant d'entrer en scène il demandait au premier venu sur son passage : « Quelle heure est-il ? » La réponse lui était naturellement donnée sur des notes de hauteur moyenne ; et c'est sur cette tonalité qu'il attaquait ses premières phrases. M. Legouvé nous dit avoir entendu raconter à Berryer qu'il avait un jour fort mal plaidé parce qu'ayant débuté sur un ton trop élevé, il avait été pris à bref délai de la crampe des orateurs et d'enrouement consécutive.

De tous les exercices de la parole, la lecture à voix haute est certainement le plus fatigant car c'est celui qui comporte le moins de haltes.

Une articulation faible est encore une cause de prompt fatigue, puisque c'est surtout par l'articulation que la voix porte. Les laryngologistes remarquent que plus est rudimentaire l'art du parleur et plus sont fréquentes les altérations de ses organes vocaux (pharyngite granuleuse, etc.) C'est ainsi que ces affections sont bien plus ordinaires chez les prédicateurs préoccupés surtout du fond de leur discours que chez des artistes dramatiques attachés principalement à la forme. Les Anglais appellent cette pharyngite, pharyngite des clergymen.

On malmène sa voix quand on utilise toute l'intensité dont elle est susceptible. Il faut en réserver, en garder, comme disent les artistes, au fond de sa poitrine.

Enfin l'hygiéniste ne doit pas envisager seulement les conditions d'une voix à sa sortie de l'appareil qui l'engendre. La question des salles où elle s'exerce a bien aussi son importance. Les unes sont favorables, d'autres défavorables à son rendement. Celles-ci surmènent donc les organes vocaux. Il y aurait beaucoup à dire sur cette question de l'acoustique. Je me contente d'indiquer ici que l'architecture grecque, avec ses lignes droites et ses angles carrés, semble aux orateurs moins favorable que les courbes plus ou moins accentuées des monuments gothiques ou romans.

2° Pour la voix chantée. — Deux règles primordiales doivent être appliquées dans le chant pour la conservation d'une voix. La première est de ne pas trop monter en voix de poitrine, mais

de prendre la voix de tête dès qu'on arrive vers l'aigu. Le niveau de ce passage varie du reste pour les diverses espèces de voix d'hommes et de femmes. La deuxième, analogue à la précédente, veut qu'on renonce au timbre clair pour prendre le timbre sombre à mesure que la voix arrive aux notes aiguës de son clavier. Ignorer ces deux règles c'est être exposé à *casser* sa voix.

C'est encore un péril pour la voix de ne point l'appuyer. L'appui consiste dans une solide et énergique contraction des divers muscles qui contribuent aux phénomènes vocaux dans la poitrine, dans le larynx et dans le pharynx. C'est dire qu'elle doit être *appuyée* au thorax, au larynx et au pharynx. L'utilité de l'appui laryngien pour l'économie vocale se révèle dans l'expérience bien connue que voici : émettez un son très doucement, très pianissimo, en disposant une bougie allumée devant votre bouche, la flamme vacillera beaucoup et pourra s'éteindre. Recommencez l'expérience en chantant fort, la flamme sera beaucoup moins influencée par votre expiration. Dans le premier cas le larynx est peu contracté, peu appuyé, le vent pulmonaire se débite avec plus de rapidité, d'où fatigue prompte. Ce n'est donc pas en menant *fort* une voix, mais en la menant *mal* qu'on la surmène. L'appui laryngien ne doit pourtant pas dépasser certaines limites. Le chanteur doit utiliser surtout l'appui pharyngien ou palatin, c'est à-dire bien disposer ses résonateurs sus-laryngiens qui, moins fatigables que le larynx, concordent puissamment au perfectionnement du son. C'est dans les régions sus-laryngiennes que se forme le *timbre* de la note. On dit de celui qui s'en sert habilement : « Il chante sur le timbre. » Les cordes vocales et tout le larynx sont, par ce procédé, exonérés d'une partie de la fatigue vocale.

Certaines voix périlissent ou meurent jeunes parce qu'elles ont été mal classées par un professeur qui aura fait chanter les ténors à un baryton ou les contralti à un mezzo. Ce *diagnostic des voix* représente la partie délicate dans le rôle du maître. Il serait banal d'insister sur la pernicieuse influence d'un professeur inexpérimenté qui conduirait violemment une voix ou les voudrait toutes plier sous un régime unique.

Très nuisible aussi une respiration défectueuse. L'ensemble des chanteurs utilise surtout la respiration diaphragmatique. Mais des divergences de vues existent encore sur le meilleur mode. On lira avec intérêt sur cette question le livre que le Dr Joal a écrit sur « la respiration dans le chant. »

Le *coulage* est encore une condition de fatigue. On désigne ainsi l'issue sans sonorité d'une certaine quantité de l'air expiré, soit avant le début de la note, soit pendant son émission, soit à sa terminaison. On le combat par l'exercice dit « coup de glotte » qui serre la glotte, mais il est bien difficile de l'éviter dans certaines affections du larynx s'il y a des nodules sur les cordes vocales par exemple. Car ces nodules bossuant le bord des cordes s'opposent à leur exact accollement. Un artiste atteint de cette lésion m'expliquait dernièrement qu'il lui était devenu très difficile de faire les parties douces d'un son filé ⁽¹⁾ sans coulage et que, seulement dans la partie forte de cet exercice, il pouvait ne pas perdre son vent pulmonaire, car seulement alors ses cordes s'accolaient en dépit des nodules.

La voix se fatigue vite, se voile et détermine rapidement une sensation de lassitude dans tout l'appareil vocal chez ceux qui présentent une des nombreuses maladies qu'il est susceptible de contracter. D'après mes observations personnelles, c'est surtout la rhino-pharyngo-laryngite sèche ou atrophique qui rend le fonctionnement vocal difficile dans ses exercices variés. On connaît d'ailleurs la funeste influence des rhinites hypertrophiques qui gênent la prise d'air, dessèchent le pharynx en exigeant la respiration buccale et assourdissent les résonnances nasales.

Les artistes doivent éviter de « chanter sur un rhume » quand un coup de froid a déterminé l'inflammation de leur muqueuse respiratoire. On ne saurait trop blâmer la conduite de ces praticiens qui, prescrivant une suggestionnante potion quelconque, autorisent leur malade à chanter. L'effort dévoile un tant soit peu la voix, mais le lendemain le mal est aggravé et l'artiste se trouve arrêté pour des semaines quand quelques jours de repos absolu et de soins prudents auraient suffi pour son entière guérison.

La voix des femmes sort mal et monte mal dans les 24 ou 48 heures qui précèdent leur époque menstruelle. Sur certains engagements il est stipulé qu'elles se réservent de ne pas chanter pendant trois ou quatre jours chaque mois. Agir différemment serait malmener la voix.

Les carrières de province usent plus vite que celles des grandes capitales. En voici les raisons multiples : l'artiste s'y repose

(1) On appelle *son filé* un son pris piano, puis enflé, et finissant piano comme il avait commencé.

moins, obligé qu'il est de chanter tous les soirs, dans des rôles d'emplois différents, quel que soit l'état de sa santé vocale. Le public y est parfois plus enthousiaste, on bisse, on trisse les morceaux, et le pauvre artiste en dépense souvent bien plus qu'on ne lui en paie. Combien mieux avisés ces habiles qui, comme autrefois Rubini, se ménagent au début, *brossent* la majeure partie de la partition pour donner tout leur effort sur l'air à sensation !

On accuse la musique actuelle de malmenager les organes vocaux. Les maîtres du chant reprochent volontiers à la nouvelle école de ne pas savoir ou de ne pas vouloir écrire pour la voix. Quand une fois ils ont achevé l'éducation de leurs élèves dans les limites physiologiques de la phonation, ils les voient contraints de fournir des intensités ou des hauteurs auxquelles l'intégrité de leurs organes ne résiste pas longtemps.

Enfin, comme pour la voix parlée, les salles sont très à considérer. Elles sont mauvaises quand elles sont neuves, surchargées d'ornements ou creusées de loges profondes. Les plus favorables à la voix sont les salles de modèle italien, oblongues et simples de contours.

II. *Effets*. — Ces effets sont les symptômes du malmenage. On peut les distribuer en deux catégories, car les uns sont *immédiats*, se produisent au moment même de l'exercice (symptômes aigus), les autres *consécutifs*, qui s'installent à la longue et guérissent plus difficilement (symptômes chroniques).

Parmi les effets immédiats figure en premier lieu la *fatigue vocale* dont Mandl nous a laissé une assez exacte description. L'orateur ou le chanteur éprouvent une lassitude locale à se servir de leur voix. Elle manque de force, de tenue, varie incessamment en intensité, hauteur et timbre. L'effort que l'on fait pour dominer cette faiblesse épuise encore plus, non-seulement les organes vocaux, mais aussi l'économie entière. Alors se montre parfois un trouble mental, *le trac*. L'artiste a peur que brusquement sa voix ne vienne à manquer tout à fait et cette crainte paralyse ses moyens. Encore un peu et la *crampe des orateurs* ou la *crampe des chanteurs* se déclare. C'est une sensation de congestion, de plénitude, d'embarras variés dans la gorge, qui enlève au professionnel l'empire sur ses muscles. Ce trouble fonctionnel est comparable à la crampe des écrivains, des télégraphistes, etc.

Quand il est possible d'examiner au laryngoscope un de ces larynx en état de surmenage, on y surprend une congestion

diffuse qui ne respecte même pas les cordes vocales. J'ai pu dernièrement constater cette hyperémie sur deux garçons marchands de vin qui, possédant un peu de voix, s'en servaient tous les soirs, on comprend avec quels rudolements et quelles ignorances, pour se faire applaudir des clients. J'ai vu le même état anatomique sur un baryton de banlieue qui fournissait un rude service vocal sans éducation suffisante. Il faut dire du reste que, même chez les artistes méthodiquement exercés, l'organe offre constamment un léger degré de congestion fonctionnelle qui rend les cordes un peu roses.

Les effets consécutifs ou tardifs consistent en des troubles spéciaux que connaissent bien les artistes surmenés et qu'il suffira d'indiquer très sommairement ici.

Ce sont : 1° le chevrotement, qui est encore un signe du déclin des voix ; 2° la difficulté de chanter en demi-voix ou demi-teinte, critérium important du mauvais état d'un appareil vocal ; 3° la roulette, sorte de grelottement qui revient obstinément sur une note presque toujours la même ; 4° la perte des notes élevées ; 5° le manque d'homogénéité dans le médium (médium déséquilibré), etc., etc. Les voix d'hommes et de femmes ne montrent pas ces troubles exactement dans le même ordre de succession. Ainsi chez l'homme c'est plutôt la roulette, chez la femme, c'est la disparition des notes inférieures de la voix de tête.

Ces troubles fonctionnels répondent à des altérations matérielles de l'appareil vocal, emphysème pulmonaire, nodules sur le bord libre des cordes vocales, polypes, etc. Les relevés de Morell-Mackenzie m'ont montré que quatre-vingt-onze fois sur cent les polypes du larynx pouvaient être rattachés au fonctionnement excessif.

III. *Traitement.* — Le traitement est préventif ou curatif. Avant tout il sera *préventif*. Pour se soustraire au surmenage, une voix doit être entraînée de bonne heure, chez l'enfant de 5 à 6 ans, bien longtemps avant la mue. Elle doit se taire alors, mais la mue passée, elle retrouve toutes les acquisitions obtenues par la gymnastique de l'enfance.

En pleine carrière, elle ne doit pas chômer un seul jour. « Nulla dies sine canta », mais elle doit se limiter à une heure de travail quotidien *en moyenne* ; encore les exercices seront-ils de quatre quarts d'heure séparés par des intervalles. Les professions vocales, comme les autres, se trouvent fort bien de vacances annuelles, durant lesquelles l'organe doit se reposer complète-

ment. L'artiste n'oubliera pas qu'une voix ne comprend *en moyenne* que douze notes auxquelles le travail peut en ajouter deux en haut et deux en bas. Outrepasser ces limites est un exercice périlleux. Combien la conservation des voix serait mieux assurée si partout où elles s'exercent, en dehors des établissements spéciaux comme les Conservatoires, il existait un enseignement technique. « La technique, a écrit judicieusement Morell-Mackenzie, est la pierre angulaire de l'hygiène vocale. » Ceux qui parlent ou chantent se rendraient ainsi compte que pour ménager sa voix il importe de se faire plus écouter qu'entendre.

Au nombre des moyens curatifs, je puis mentionner : le repos absolu de l'appareil phonateur, l'emploi de l'électricité et du massage principalement à la partie antérieure du cou. Car le maître-muscle du larynx, le crico-thyroïdien, se trouve assez superficiellement placé sous la peau. Les actions directes dans la cavité laryngienne (cautérisations, etc.) sont plus discutables. Le traitement hydro-minéral vient en aide aux moyens précédents, et parmi les stations les plus recommandables en l'espèce, on peut nommer : Challes, Canterets, Luchon, le Mont-Dore et la Bourboule.

Discussion.

M. POYET. — Je m'associe entièrement aux idées émises par M. Castex. Le plus souvent le surmenage vocal vient de la façon défectueuse de conduire la voix.

M. VACHER. — Il est un point sur lequel je veux insister, c'est sur cet exercice que l'on appelle « coup de glotte » en terme de métier. Je suis ancien élève du Conservatoire et j'ai eu la voix peut-être la plus étendue de ce siècle. Je pouvais chanter en effet sur quatre octaves. Je dis cela seulement pour montrer que j'ai sur ces questions une certaine expérience. Eh bien, dans le coup de glotte on a tort de faire contracter violemment le larynx en faisant dire : Ah ! tandis qu'il vaudrait bien mieux faire émettre le son en disant : La. Pour ce qui est de faire chanter les enfants à partir de l'âge de six ans, je ne pense pas que l'on puisse porter aucun pronostic sur l'avenir de la voix que les enfants ont à cet âge et même un peu plus tard. En ce qui me concerne, j'ai eu jusqu'à 16 ans la voix la plus fausse qui se pût imaginer. Ce n'est qu'à partir de cette époque que j'ai chanté juste.

M. CASTEX. — Il ne faut pas chanter pendant la mue, cela est évident ; pourtant je persiste à croire que l'on peut dès l'âge de 6 ans prévoir si tel ou tel enfant aura de la voix. On devra faire exercer le larynx de 6 à 12 ans, puis on interrompra jusqu'à l'âge de 16 ans toutes leçons. Pour le coup de glotte, je répondrai qu'il y a deux coups de glotte, l'un qui a pour but le rapprochement des cordes vocales inférieures, un autre pendant lequel les cordes vocales inférieures et aussi les cordes vocales supérieures viennent en contact. Cette dernière pratique est mauvaise et doit être absolument prescrite.

M. FERRAS (de Luchon). — Je pense que dans toutes ces questions le médecin devra avant toutes choses se préoccuper des lésions du nez. Le coryza chronique notamment, qui oblige le malade à respirer la bouche ouverte, est une cause fréquente de pharyngites et consécutivement de laryngites. C'est là un point important qu'on fera bien de ne jamais oublier.

De la castration chez la femme.

M. MOURE. — Depuis quelques années les opérations sur l'utérus et les annexes se sont multipliées. On a été par suite conduit à rechercher l'influence de ces diverses opérations sur l'organisme, mais je ne pense pas que l'on se soit préoccupé encore de leur influence sur l'organe vocal. On connaît depuis longtemps le rôle de la castration dans la production de la voix dite eunuchoïde. On sait que chez les eunuques il y a un arrêt de développement du larynx. On pouvait se demander si après la castration chez la femme cet organe ne subissait pas de changements. Il n'existe pas, jusqu'à présent du moins, d'exemples bien typiques de modification de la voix chez la femme après les grandes interventions utérines. Les malades ont été guéries et n'ont pas été suivies par le chirurgien.

D'ailleurs personne n'a songé à vérifier l'existence de ces troubles vocaux.

Les hommes adultes n'ayant pas de modification de la voix, après la castration, il était naturel de penser qu'il en était de même chez la femme.

Cependant suivant nous, les opérées peuvent souvent au-dessous de 30 à 35 ans éprouver une modification assez sensible de la voix. J'ai eu l'occasion d'observer deux faits de ce genre.

M^{me} X., âgée de 30 ans, vient me consulter, en 1891, pour des troubles vocaux. Elle me raconte qu'à la suite d'une opéra-

tion, qu'elle subit il y a deux ans environ, il lui devint impossible de chanter. Interrogée sur la nature de l'opération, j'apprends qu'il s'agit de l'ablation des ovaires. Ayant constaté elle-même la difficulté et même l'impossibilité où elle se trouvait d'émettre des sons facilement, la malade se reposa un an. Elle voulut reprendre ensuite des exercices et constata alors avec surprise que sa voix avait changé de timbre. De soprano aigu qu'elle était, la voix était devenue de plus en plus grave et forte pour arriver de mezzo soprano jusqu'à être contralto. M^{me} X., croyait être enrourée et c'est à ce propos qu'elle vint me consulter. Au laryngoscope je trouvais seulement les rubans vocaux un peu flasques, les cordes se rapprochaient mal, mais il n'y avait aucune autre lésion qui pût expliquer l'enrouement.

Le deuxième fait a trait à une personne de 34 ans qui vint à ma clinique pour une affection de l'ouïe. Cette malade avait une voix masculine qui me frappa. [Misen éveil par le fait précédent, je lui demandais si elle n'avait jamais subi d'opération. Elle me dit qu'elle avait été opérée d'une tumeur de l'ovaire gauche. L'opération datait de cinq ans. Depuis cette époque sa voix était devenue plus grave et plus forte.

Je n'ai pas la prétention de conclure en me basant sur les deux seules observations que je viens de résumer. J'ai tenu seulement à appeler l'attention de nos confrères sur ces modifications particulières de la voix. Je me demande si dans les faits que je viens de relater il n'y aurait pas une sorte de mue du larynx amenant un accroissement des cordes vocales.

En tous cas l'action est nulle passé un certain âge, on pourrait se demander encore s'il n'y aurait pas ici une modification au niveau du corps thyroïde. Enfin il y a une dernière remarque à faire, c'est que la castration semble abaisser la voix chez la femme tandis qu'elle l'élève chez l'homme.

Discussion.

M. CASTEX. — Depuis deux ans je donne mes soins à une jeune personne, qui a subi l'ablation de l'utérus et des deux ovaires et sa voix est devenue plus aiguë après l'opération. Cette malade avait une voix de soprano suraigu. L'émission des sons était défectueuse, la voix fatiguée. Je l'interrogeai et j'appris qu'elle avait des fibromes utérins qui donnaient lieu à des métrorrhagies très abondantes. Je donnai le conseil d'accepter une intervention chirurgicale, la malade fut opérée et guérit rapidement.

J'avais mesuré avec soin l'étendue de la voix avant l'opération, je pus donc après la guérison faire la comparaison avec l'état antérieur de l'organe vocal. Eh bien ! non seulement la voix n'avait pas baissé, mais encore l'émission était devenue meilleure et plus franche. J'ai d'ailleurs interrogé M. le professeur Pinard, à propos de l'influence que pouvait exercer la grossesse sur le larynx. Ce maître m'a répondu n'avoir jamais rien observé de particulier à cet égard. En revanche, il a noté le rôle souvent funeste de la grossesse dans la production des affections auriculaires.

M. POYET. — J'ai observé fréquemment des troubles de la voix dans la grossesse et cela surtout chez les artistes lyriques, cela se comprend d'ailleurs facilement si l'on songe que le fœtus refoule le daphragme et gêne la dilatation de la cage thoracique. Quant à l'ablation des ovaires je la crois sans influence sur le larynx. Je connais et tout le monde connaît une jeune actrice qui fait les délices des Parisiens et qui a subi la castration il y a deux ou trois ans. Cela ne l'empêche pas d'avoir toujours la même voix d'un timbre aussi agréable que par le passé.

M. CASTEX. — Je me range absolument à l'avis de M. Poyet.

Malformation congénitale du voile du palais.

M. GAREL. — L'affection dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir est très rare. Elle présente toutefois le plus grand intérêt pour l'anatomiste aussi bien que pour le clinicien. Quelques auteurs se sont déjà occupés de cette question ; permettez-moi de vous citer en passant les noms de Chiari, Jurasz, Schmiegelow. La littérature médicale ne renferme jusqu'ici qu'une vingtaine de cas d'anomalies congénitales du voile du palais. Sur ces vingt cas, cinq ont trait à une anomalie des piliers antérieurs, quinze à celle des piliers postérieurs.

En général, les anomalies sont bilatérales et se présentent sous la forme d'un orifice ovalaire. Il s'agit là d'une sorte de fente siégeant au niveau des piliers. Cette fente est limitée par des bords lisses qui n'offrent aucune trace de cicatrisation, de même la symétrie des lésions ne laisse aucun doute sur l'absence de toute cause pathologique. Il est juste de dire que lorsqu'on se trouve en présence de cas unilatéraux, il est bien plus difficile de se prononcer. Dans ces cas, on devra rechercher avec soin si les bords de l'orifice ne sont pas cicatriciels et si le malade n'a pas souffert antérieurement d'amygdalite phlegmoneuse.

Comme on le voit, la nature des anomalies, cicatricielle ou congénitale, n'est pas sans être souvent fort délicate. Mais cela n'est rien à côté des difficultés d'interprétation sur l'origine de ces orifices. Comment se produisent-ils ? cela est important à connaître. Beaucoup d'auteurs, Fowler et Morrice entre autres, soutiennent qu'elles sont d'origine cicatricielle. D'autres pensent qu'il s'agit là d'un arrêt de développement. Bosworth et Cohen prétendent qu'il y a relèvement du muscle palato-glosse. Broeckaert pense, lui aussi, que la malformation se produit par arrêt de développement. Mais ce n'est là, ajoute-t-il, qu'une simple hypothèse. Elle se fût vérifiée si l'on avait pu trouver les vestiges d'une disposition semblable dans la série animale. Notre confrère s'est livré à des recherches d'anatomie comparée sur le sujet, mais il n'a rien pu trouver qui vint confirmer son opinion.

J'ai demandé à M. le professeur Testut, dont la compétence en ces matières est bien connue, ce qu'il pensait de ces sortes de déhiscences. Il m'a répondu qu'elles étaient pour lui absolument inexplicables. Cela n'a d'ailleurs pour lui rien d'étonnant, et il en sera de même, ajoute-t-il, tant qu'on ne sera pas fixé sur le mode de développement du voile du palais. S'il pouvait formuler une opinion, il pencherait vers l'hypothèse d'une résorption embryonnaire. L'idée d'une malformation lui paraît beaucoup moins plausible. Quoi qu'il en soit, j'ai l'honneur de vous soumettre deux planches qui ont été dessinées d'après nature. Elles reproduisent fidèlement le siège et l'aspect des deux lésions de ce genre qu'il m'a été donné d'observer. Dans un cas, il s'agissait d'une petite fille de deux ans ; ici l'anomalie était unilatérale et se présentait sous l'aspect de deux orifices ovalaires n'offrant aucune trace de cicatrice sur leurs pourtours. Ces deux orifices siégeaient sur les piliers antérieurs.

La seconde observation se rapporte à un homme âgé de 70 ans. Ici les lésions étaient bilatérales. Disons en terminant qu'au point de vue des symptômes subjectifs, l'un des malades présentait seulement un peu de gêne à la déglutition.

Discussion.

M. Poyer. — Je désirerais savoir si les malformations dont on vient de nous entretenir offrent toujours le même aspect. Il me semble qu'on pourrait alors en conclure qu'il s'agit d'un arrêt de développement. Je connais moi aussi des faits d'anomalies

des piliers. Les lésions que j'ai observées avec leurs orifices arrondis ovalaires rappellent absolument la description de M. Garrel. Mais toutes mes observations se rapportent à des faits de pathologie, gommés de l'amygdale ou amygdalites phlegmoneuses.

M. GAREL. — Ce sont précisément les cas semblables à ceux de M. Poyet qui ont fait dire que ces malformations étaient toujours consécutives à des affections de la région. Cependant, la distinction entre les deux catégories de lésions ne me paraît offrir aucune difficulté. Les premières, celles qui sont d'ordre pathologique, sont circonscrites au pourtour de l'orifice par du tissu cicatriciel bien net, facile à voir. Celles qui sont congénitales ont, au contraire, leurs bords semblables au reste des téguements : même coloration, même texture, même épaisseur. Il n'y a aucune solution de continuité comme dans le premier cas. Et le diagnostic est si facile alors même qu'on observe ces faits pour la première fois qu'on ne peut avoir un instant d'hésitation. A première vue, pour ainsi dire, on peut affirmer la nature congénitale de l'orifice observé.

Neurasthénie du larynx.

M. CASTEX. — Je désigne sous ce nom certaines aphonies complètes qui ne se révèlent au laryngoscope que par un peu de détente des cordes vocales, sans asymétrie glottique. Les observations que j'ai relevées me donnent à penser qu'il s'agit moins d'une perversion hystérique que d'une amyosthénie, d'une mollesse fonctionnelle. D'ailleurs, dans tous les troubles des autres organes, on est arrivé à faire la part de l'hystérie et de la neurasthénie, ces deux affections si voisines, pourquoi ne les distinguerait-on pas également lorsqu'on a affaire au larynx. La neurasthénie laryngée se guérit surtout par la volonté et l'effort. J'ai observé, à ce sujet, deux cas très nets où sans recourir aucunement aux procédés de la suggestion, j'ai obtenu le retour rapide et définitif de la voix par des exercices variés de parole et de chant, en exigeant surtout de la force et de la netteté dans l'articulation. Dans l'une de mes observations, il s'agit d'un jeune homme qui avait suivi sans succès le traitement local prescrit par un de nos confrères et qui guérit après trois mois de traitement, sans aucun attouchement du larynx. Dans la seconde, j'avais affaire à une jeune fille chloro anémique. Me sou-

venant de mon premier malade, j'instituai des exercices qui portaient à la fois sur la voix parlée et chantée. J'obtins les mêmes résultats que précédemment. Je dois dire en terminant que Michel de Cologne avait déjà noté l'importance de l'effort dans la production des sons chez les personnes molles et sans énergie.

Discussion.

M. GAREL. — Lorsqu'un malade atteint d'aphonie vient à ma consultation, je cherche l'origine du trouble fonctionnel dont il se plaint, et si j'ai affaire à un névropathe, je lui administre brusquement un coup de poing dans la poitrine. Il n'en faut pas davantage pour que le malade recouvre subitement la voix. Je m'empresse d'ajouter que si l'aphonie s'accompagne de lésions, mon procédé un peu énergique reste sans valeur. J'ai eu, il y a quelque temps, l'occasion d'appliquer ma méthode. Il s'agissait d'une dame complètement aphone et qui sortit de chez moi parlant à haute et intelligible voix. D'ailleurs, ce moyen n'est pas le seul, tout le monde connaît les résultats merveilleux de l'application du miroir laryngien au niveau du voile, etc.

M. CARTAZ. — M. Garel a réédité ici la méthode employée à la Salpêtrière pour combattre le hoquet des hystériques.

M. GAREL. — J'ai publié une note sur ce mode de traitement il y a déjà quelque temps. Depuis, un médecin américain s'est occupé de la question, il s'est approprié mon procédé en oubliant complètement de me citer.

M. CASTEX. — J'ai donné le résultat de mon expérience, mais je suis loin de prétendre que mon traitement soit le seul efficace.

Traitement de l'ozène.

M. PAUL RAUGÉ (de Challes). — Le traitement de l'ozène vrai est encore, à l'heure actuelle, une des tâches les plus ingrates de la pratique rhinologique et nous ne possédons aucun moyen radical et constant, je ne dis pas de guérir, mais seulement de pallier cette infirmité désolante.

Après avoir essayé, comme tout le monde, les nombreuses thérapeutiques successivement conseillées et abandonnées depuis quelques années, je me suis arrêté à une méthode qui me

fournit d'excellents résultats et qui m'est, je crois, un peu particulière.

Quand je dis qu'elle m'est particulière, je parle moins du moyen lui-même que de la façon de l'employer. Ce moyen n'est autre, en effet, que la vieille irrigation nasale, mais l'irrigation appliquée avec une abondance, qui en fait, puis je dire, un traitement à part et totalement différent des lavages parcimonieux qu'il était jusqu'ici convenu d'employer.

Au lieu de faire passer à chaque irrigation, 1, 2, ou 3 ou 4 litres de liquide au plus, comme on le fait à l'ordinaire, j'emploie d'une façon courante 15 à 20 litres à chaque irrigation. Et, comme l'opération est généralement répétée deux fois par jour, c'est, on le voit, 30 ou 40 litres en moyenne que je fais passer quotidiennement à travers les fosses nasales. Il m'arrive même souvent de dépasser largement ces limites et d'atteindre comme dose journalière, 50 à 60 litres. Deux ou trois de nos malades ont pu accepter sans difficulté 80 et 100 litres par jour.

Ces chiffres, je le sais, vont sembler monstrueux, et je ne me dissimule point qu'on va faire, à cette inondation des cavités nasales au moins trois objections auxquelles je veux me hâter de répondre : on lui reprochera d'être pratiquement incommode, peut être même dangereuse ; de n'obtenir pas mieux que les autres méthodes le résultat thérapeutique cherché, en tout cas d'imposer au malade une torture parfaitement inutile.

Et d'abord, ces larges lavages sont, non seulement inoffensifs, mais à peine désagréables. Après quelques jours d'entraînement, on est étonné de l'aisance, je dirais presque de la désinvolture, surtout de la rapidité avec laquelle les malades exercés accomplissent l'opération. Qu'on n'oublie pas qu'il s'agit ici d'ozéneux, chez qui la dilatation atrophique ouvre, au liquide, un très large passage : chacun sait combien l'irrigation est chez les malades de ce genre chose facile et simple ; aussitôt la canule appliquée, le courant sort à large jet ; une irrigation de 20 litres ne dure pas en moyenne plus de 6 à 8 minutes et se fait le plus souvent tout d'un trait, sans que le patient ait à reprendre haleine. Il suffit que le récipient ait une capacité assez grande pour n'avoir pas besoin d'être plusieurs fois rempli. Ajoutons qu'un état particulier d'anesthésie de la muqueuse rend, chez les ozéneux, l'opération tout à fait indolente et qu'on voit beaucoup de malades, ceux qui sont ménagers de leurs temps, lire tranquillement en faisant leur irrigation nasale. Si le passage du liquide offrait quelque difficulté, il est un petit artifice que

j'emploie depuis très longtemps, sans prétendre être seul à l'employer : il consiste simplement à faire, deux ou trois minutes avant l'irrigation, un large badigeonnage à la cocaïne qui assure à la fois la perméabilité du passage et l'insensibilité de la muqueuse. Cette précaution n'est d'ailleurs nécessaire que pour les premières séances.

Je n'insiste pas sur le dispositif instrumental ; j'en ai très longuement précisé les détails dans mon travail sur l'irrigation naso-pharyngienne (1889) ; c'est toujours le courant obtenu par pression au moyen d'un récipient élevé, l'embout en forme d'olive qui s'applique contre la narine sans y pénétrer, et s'adapte ainsi beaucoup plus aisément et plus hermétiquement qu'une canule. C'est, en un mot, l'appareil classique. La seule particularité, je le répète, consiste dans l'abondance du liquide employé.

Quant à la nature de ce liquide, elle est sans aucune importance, l'action cherchée étant purement mécanique. Il suffit que la solution soit suffisamment concentrée pour que sa densité se rapproche autant que possible de celle du sérum normal : c'est là, comme on sait, une condition nécessaire pour que l'irrigation ne soit pas douloureuse, et rien n'est plus pénible à supporter, les malades le savent bien, qu'une irrigation d'eau pure. Pour donner au liquide employé cette qualité toute physique, il suffit d'y ajouter, par litre, une cuillerée de bicarbonate de soude ou d'acide borique.

Quant aux dangers que peuvent présenter pour l'oreille moyenne ces irrigations à outrance, je les crois tout à fait illusoi-res, et je suis même très heureux de dire ici ce que je pense des méfaits dont on a chargé l'irrigation naso-pharyngienne et du discrédit où elle est tombée. J'avoue que je m'explique mal l'acharnement avec lequel cette méthode a été depuis quelques années presque universellement combattue. J'ai pour ma part la conviction que dans tous les cas où il s'agit de nettoyer entièrement les cavités nasales, l'irrigation est et demeure la méthode par excellence, et que, bien pratiquée, elle est absolument inoffensive. Si l'on a soin d'appliquer la canule du côté de la fosse nasale la plus étroite, si l'on n'exagère pas la pression (1 mètre à 1^m,50 au maximum) si l'on recommande au malade d'éviter pendant l'irrigation, des mouvements de la parole et ceux de la déglutition, de ne pas se moucher après, de ne pas s'exposer au courant d'air, je crois qu'on peut réduire à peu près à zéro les chances d'effractions de la trompe, d'inondation de la caisse,

d'otite et de perforation du tympan dont on nous a vraiment un peu trop effrayés. Je pratique bon ou mal an 1,000 à 1,500 irrigations nasales, et si l'on tient compte des grosses doses que j'emploie, on voit que c'est par centaines de mille litres que je puis compter le liquide qui a, sous ma responsabilité, traversé les fosses nasales de mes contemporains. Eh bien, j'affirme que jamais je n'ai observé ni du côté de l'oreille ni de toute autre manière, je ne dis pas un accident sérieux, mais même un incident désagréable. Tout au plus dans deux ou trois cas, une légère douleur dans l'oreille, un peu de rougeur du tympan, m'ont-elles averti à temps qu'une petite quantité de liquide avait pénétré par la trompe, sans que jamais le traitement ait été arrêté plus de deux ou trois jours par cette complication sans importance et presque toujours due d'ailleurs à une maladresse ou à une imprudence du malade.

Il me reste à montrer que cette abondance du lavage n'est pas un luxe superflu ni une épreuve inutile imposée à la patience du malade. Elle est, au contraire, indispensable si l'on veut obtenir de l'irrigation le but mécanique qu'on attend d'elle. Ce que l'on poursuit avant tout dans le traitement de l'ozène, c'est en effet, le nettoyage irréprochable des cavités, le balayage complet des mucosités et des croûtes qui non seulement produisent la fétidité, mais contribuent peut-être par leur seule présence à aggraver l'état d'atrophie de la muqueuse. Or, pour réaliser ce déblayement, décoller les bouchons muqueux, détacher les croûtes adhérentes, pénétrer toutes les anfractuosités, rendre, en un mot, les cavités constamment et parfaitement nettes, l'irrigation faite avec un litre ou deux de liquide, est notoirement insuffisante. Plus impuissant encore se montre le *nettoyage à sec*, pratiqué avec la pince ou le porte-coton : pour obtenir un résultat complet, j'ai l'intime persuasion qu'il n'est de moyen efficace que le nettoyage à grande eau pratiqué d'une façon répétée et sous une pression suffisante. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de reproduire chaque jour des lavages aussi abondants. Je me suis assuré maintes fois que les sécrétions de l'ozène ne se reforment pas, à beaucoup près, aussi rapidement qu'on l'enseigne : une fois la cavité propre, elle l'est pour quelque temps, et si l'on suspend à ce moment les lavages pour étudier à loisir la réapparition de l'enduit, on est surpris du temps qu'il faut pour former ces bouchons muqueux et ces croûtes volumineuses qui ne s'observent que dans la cavité vierge depuis longtemps de lavages. Aussi, après quelques irrigations abondantes peut-on

se contenter, pendant les jours suivants, de lavages d'entretien beaucoup plus modérés : un grand lavage hebdomadaire, avec 15 à 20 litres au moins, suivi d'irrigations quotidiennes ne dépassant pas 2 à 3 litres, suffisent la plupart du temps.

Telle est la modification que j'ai cru devoir apporter à la méthode habituelle des irrigations nasales dans l'ozène. J'ai montré son innocuité, sa simplicité d'exécution ; j'ai montré que cette transformation, cette exagération du procédé classique est à la fois nécessaire et suffisante pour atteindre le résultat poursuivi. Sans doute, je n'oserais pas affirmer avoir obtenu des guérisons complètes, bien que certains sujets, que je suis plusieurs années, arrivent maintenant à se passer d'irrigation pendant plusieurs semaines. Ce que j'affirme, c'est que les sujets soumis à ce traitement, maintiennent indéfiniment leurs fosses nasales propres et inodores qu'ils obtiennent, faute de guérison, un *modus vivendi* que leur fait l'existence supportable, qu'ils atteignent ce résultat au prix d'un traitement sans danger et moins assujettissant qu'il n'en a l'air, les malades prenant peu à peu l'habitude de laver leurs fosses nasales comme ils lavent leur visage ou leurs mains. Grâce à quoi ils vivent en paix, sans souffrance et surtout sans odeur.

Discussion.

M. CARTAZ. — J'ai eu moi aussi l'occasion de suivre la pratique de M. Raugé, j'ai fait passer à travers les fosses nasales 8 à 10 litres de liquide par jour. M. Reclus la recommande également dans son traité. Il cite même l'observation d'un malade qui faisait passer journellement 50 litres de liquide dans son nez. Je m'empresse de dire que ce malade atteint, je crois, d'ozène, se trouvait fort bien de son traitement.

M. CASTEX. — Employez-vous l'eau chaude pour vos injections ?

M. RAUGÉ. — Très chaude.

M. CASTEX. — A la suite d'une irrigation nasale un peu trop brusque, j'ai vu les voies lacrymales en quelque sorte forcées, chez un enfant de quatre ans. Le liquide du nez ressortait par les points lacrymaux.

M. RAUGÉ. — Il m'a été donné d'observer le même accident et j'étais resté très incertain sur l'interprétation du fait ; je pense maintenant que le cas était pareil à celui dont vient de parler M. Castex.

M. MOURE. — J'ai souvent constaté la sortie du liquide par les points lacrymaux, cela surtout au cours des lavages que je pratique après l'ablation des végétations adénoïdes. M. Raugé pense-t-il arriver même avec 50 litres à nettoyer tous les recoins de la cavité des fosses nasales ?

M. RAUGÉ. — Oui, d'une façon absolue et dans tous les cas. Il faut deux ou trois jours de nettoyage, mais au bout de ce temps il n'y a plus ni croûtes ni mucosités. Par la suite les lavages abondants sont moins nécessaires, après les grands nettoyages de simples irrigations de propreté suffisent, car les mucosités se forment avec lenteur. En atténuant les rigueurs de ma méthode, on pourrait se servir au début de larges irrigations pour diminuer ensuite progressivement les doses de liquide.

M. MOURE. — Il existe un point peu accessible aux lavages même les plus prolongés, c'est le sommet de la voûte, au niveau du corps du sphénoïde. Je fais toucher ce point du rhino-pharynx en passant derrière la voile du palais.

M. RAUGÉ. — Pour moi je suis convaincu que tous les recoins de la muqueuse sont baignés par le liquide. Il ne faut pas oublier que l'eau circule au moment des irrigations dans une cavité close et sous une assez forte pression.

M. CARTAZ. — Je suis de l'avis de M. Raugé.

M. MOURE. — Un élève de la faculté de Bordeaux M. Marcondès-Résende a fait une étude approfondie de l'irrigation des cavités nasales par la douche de Weber. Il s'est livré à des expériences sur le cadavre en faisant passer des liquides colorés dans les cavités. Il faisait ensuite une coupe sagittale de la tête des sujets. — Il constata dans tous les cas que toutes les muqueuses étaient colorées par le liquide, sauf celle de la partie supérieure du rhino-pharynx. Lorsqu'on fait un lavage du nez la voile du palais se relève, il forme une voûte cintrée qui présente en avant une gouttière sur laquelle circule le liquide sans qu'il atteigne jusqu'au sommet de la voûte. (La thèse dont je viens de parler est de l'année 1881-82).

Séance du 4^{or} mai (matin).

Rapport sur le traitement des suppurations mastoïdiennes.

MM. LUBET-BARBON et A. MARTIN, rapporteurs. — On a coutume lorsque des questions un peu longues ou complexes, sont confiées à deux rapporteurs, de se partager la besogne, l'un des deux traite une partie de la question, son collègue complète la première partie du travail. Nous vous demandons pardon d'avoir rompu pour une fois à cette sorte de tradition. D'une part, il nous a semblé que le sujet était de ceux qu'il est bien difficile de diviser. D'autre part, nous avons M. Martin et moi une telle unité de vues qu'il nous a semblé préférable de réunir et de fondre notre travail en un seul rapport dont je vais avoir l'honneur de vous donner lecture (1).

Les suppurations mastoïdiennes peuvent :

- 1^o S'arrêter dans leur marche et guérir sans opération.
- 2^o Former un abcès qui restant enfermé dans l'épaisseur de l'os nécessite une trépanation.
- 3^o Se frayer une voie au dehors des cellules après avoir détruit la coque osseuse de celles-ci.

Des traitements différents sont applicables à chacun de ces stades de l'évolution d'une mastoïdite.

I. — La clinique nous enseigne que, dans certains cas, les suppurations, formées dans la mastoïde, sont évacuées au dehors par la caisse et le conduit et guérissent sans trépanation.

C'est à favoriser cette évacuation par les voies naturelles que doivent tendre tous nos efforts dès les premiers signes d'une mastoïdite.

Il faut assurer le libre écoulement du pus en dehors, empêcher qu'il ne stagne dans la caisse et les voies d'évacuation, maintenir largement béante la perforation de la membrane du tympan, faire par la douche d'air et le cathétérisme des balaya-

(1) Nous ne publions ici que le résumé du rapport de MM. Lubet-Barbon et A. Martin. Ce résumé nous le devons tout entier à l'obligeance des auteurs. Ceux qui désireront connaître le travail original le trouveront *in extenso* dans la *Semaine médicale* du 2 mai 1894.

ges fréquents de la caisse et des cellules. Contre le phénomène douleur qui accompagne fréquemment cet état anatomique, les sachets de glace placés sur l'apophyse mastoïde, les émissions sanguines, sont des moyens anti-phlogistiques utiles. Mais on proscrira les vésicatoires et les pointes de feu comme pouvant infecter par avance le champ opératoire.

II. — Lorsque par ces moyens on n'a pas obtenu la résolution de l'inflammation, que l'obstruction des voies naturelles a, pour ainsi dire, isolé l'abcès dans l'os, il faut procéder à la trépanation.

Certains auteurs ont pensé éviter cette éventualité en pratiquant l'*incision de Wilde* qui consiste à sectionner seulement les parties molles et le périoste.

Cette pratique est dans les cas de *suppuration intra-mastoïdienne* un moyen au moins inutile puisqu'il n'ouvre pas la collection intra-osseuse. Parce qu'il aura ouvert un abcès superficiel et qu'une certaine sédation s'ensuivra, le chirurgien qui aura pratiqué l'incision de Wilde croira avoir fait une thérapeutique utile, tandis que l'abcès profond le seul important, le seul dangereux, pourra fuser dans une direction fâcheuse (fosse cérébrale, sinus latéral) ou s'ouvrir au dehors par un trajet trop étroit et qui deviendra fistuleux.

Différentes voies s'offrent au chirurgien pour pénétrer dans l'intérieur de l'apophyse. Les uns ont choisi le conduit formé en haut et en arrière par des cellules limitrophes du conduit, qui appartiennent au système mastoïdien (de Tröltzsch, Carl Wolf). La trépanation par le conduit dans un espace restreint, sans jour, dans un point non déclive, ne permet pas d'ouvrir largement l'abcès; les pansements sont difficiles à pratiquer, la suppuration s'éternise et une fistule se produit.

D'autres chirurgiens, et en premier lieu Politzer, tenant compte de ce fait exact que les cellules les plus inférieures se prolongent souvent jusque dans la pointe; qu'il existe là une grande cellule située plus bas que l'antre et communiquant avec tout le système; que cette grande cellule est éloignée des organes dangereux de la région, et réalise ainsi les conditions de déclivité et d'innocuité recherchées, ont proposé de trépaner au niveau de ces cellules. C'est encore une opération d'espèce; notamment, dans les cas d'apophyse éburnée et sclérosée, si fréquente dans les otorrhées chroniques, on ne peut pas ouvrir des cellules qui n'existent plus. Dans d'autres cas (enfants), par défaut de développement du processus mastoïdien, ces cellules sont réduites au minimum.

D'autres auristes, et même les plus modernes, Zaufal, Stacke, ont voulu suivre les voies naturelles et pénétrer dans l'antre par le conduit, la caisse et l'aditus. Cette manière de faire, rationnelle pour les cas chroniques, ne convient pas aux cas aigus puisqu'elle sous-entend la destruction opératoire de la caisse et de son contenu. Or, l'expérience nous montre qu'après une supuration aiguë de l'apophyse mastoïde, traitée par la trépanation, l'audition n'est pas nécessairement altérée.

Si l'on tient compte de ce fait que l'antre mastoïdien faisant pour ainsi dire suite à la caisse du tympan est la première des cellules affectées par l'inflammation, qu'elle existe toujours, à tous les âges, même chez l'enfant, que les autres cellules se développent secondairement autour d'elle, mais ne sont pas constantes, on comprendra pourquoi avec Schwartze et Duplay, nous choisissons l'antre comme la cellule qu'il faut ouvrir dans tous les cas, quitte à rayonner autour d'elle si les cellules voisines sont malades.

Nous pensons donc que, le diagnostic étant assuré, il faut trépaner et trépaner au niveau de l'antre, seule cellule constante, dans laquelle toutes les autres viennent s'ouvrir et dont d'autre part la position est le moins variable.

Elle sera déterminée par la connaissance de points de repère qui assurent contre : 1° l'ouverture de la fosse cérébrale moyenne ; 2° la blessure du facial ; 3° celle du canal demi-circulaire transverse ; 4° celle du sinus latéral.

La situation qu'occupe l'antre correspond sur la surface de l'os à une petite place dont la limite antérieure est une ligne située à un demi-centimètre en arrière de la moitié supérieure du bord postérieur du conduit et parallèle à ce bord ; la limite supérieure est une ligne osseuse, *linea temporalis*, qui est la continuation de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. En opérant plus haut que cette ligne on risque d'ouvrir le crâne, en opérant plus près du bord postérieur du conduit on risque de trouver profondément le facial et le canal demi circulaire. Les limites inférieures de l'antre sont moins nettes et d'ailleurs moins importantes puisqu'on ne peut en bas rencontrer que les cellules de la pointe de l'apophyse.

La limite postérieure de l'antre et par conséquent celle de la surface utile à trépaner n'est marquée à l'extérieur par aucun point de repère. Comme dans la profondeur l'antre confine en arrière au sinus latéral, ce manque de point de repère fait que la région postérieure est la région dangereuse. On court d'au-

tant moins de risques que l'on se tient plus rapproché du conduit (Ricard). Il ne faut en tout cas jamais s'en éloigner de plus d'un centimètre et demi.

Après avoir incisé largement les parties molles, dans le sillon rétro-auriculaire pour éviter les cicatrices trop visibles, on décolle avec le plus grand soin le périoste de l'os sous-jacent sur toute l'étendue de l'apophyse mastoïde, en découvrant en haut la ligne temporale, en avant le conduit auditif osseux, en bas la pointe de l'apophyse, et en arrière on pousse le décollement jusqu'à deux centimètres au moins en arrière du conduit. Après l'hémostase qui est facilitée par un décollement soigneux du périoste, on cherche sur la couche corticale dénudée ses points de repère et dans l'espace qui en arrière du conduit et au dessous de la ligne temporale correspond à l'antre, on creuse à la gouge et au maillet un orifice qui conduit dans l'antre. On aura plus ou moins profondément à creuser suivant que la corticale sera plus ou moins épaisse.

L'antre ouvert, l'abcès est ouvert. Dans sa cavité on peut trouver du pus, des bourgeons charnus, des séquestres : on la nettoie avec soin. Si c'est utile on ouvre les cavités cellulaires voisines, on les fouille à la curette, en évitant de porter le tranchant de l'instrument en arrière et en haut par crainte du sinus.

La cavité de l'abcès osseux étant bien nettoyée, on pratique le tamponnement à la gaze iodoformée et on fait un pansement avec ou sans sutures suivant les règles de la chirurgie générale.

Dans les cas d'otite aiguë il est inutile de remonter de l'antre dans la caisse ; mais dans les cas où l'inflammation mastoïdienne est causée par une otite chronique, il est bon au contraire d'ouvrir en même temps la caisse et de faire pour ainsi dire une cure radicale (Kuster). Pour cela, la trépanation étant faite au lieu d'élection, et l'antre ouvert, on cherche en avant et en haut de cette cellule le pertuis qui la fait communiquer avec la caisse et on introduit dans ce pertuis un stylet qui se trouve séparé de l'extérieur par un pont osseux formé par la moitié supérieure de la paroi postérieure du conduit. Ce pont sépare l'antre du conduit de la caisse ; à la gouge et au maillet, et en laissant en place dans le pertuis le stylet qui protège ainsi dans la profondeur le coude du facial et le canal demi-circulaire transverse, on fait sauter ce pont osseux et on réunit ainsi en une seule cavité l'antre, le conduit et la caisse. C'est dans ces

cas qu'est justifiable la pratique des chirurgiens qui, suivant une route inverse à celle que nous proposons, pénètrent dans l'antre par la caisse et l'aditus. C'est la base de la remarquable méthode de Stacke qui convient au traitement de ces suppurations chroniques de l'apophyse mastoïde ne se traduisant que par de l'otorrhée.

Tous les points étant à ciel ouvert, les cavités malades, caisse, antre, cellules, peuvent être curettées et nettoyées sans danger; cela fait, on tamponne à la gaze iodoformée et on se conduit dans les pansements ultérieurs comme dans toute trépanation osseuse.

III. — L'abcès mastoïdien livré à lui même s'évacuera à l'extérieur de l'apophyse mastoïde, il pourra fuser dans le cerveau ou dans le sinus latéral. Nous croirions sortir des limites de ce rapport en entrant dans le détail de ces complications.

Il peut fuser dans les gaines des muscles qui s'insèrent à l'apophyse mastoïde et cheminer plus ou moins loin sous la forme d'abcès par congestion. Dans ces cas il faut ouvrir l'abcès là où il se trouve (gaine du sterno-mastoïdien, etc.) suivre à rebours le trajet du pus, remonter à sa source : l'apophyse, pratiquer la trépanation au lieu d'élection et traiter comme il a déjà été dit.

La trépanation peut se faire spontanément à la surface de l'apophyse mastoïde par un trajet étroit qui ne permet qu'une évacuation insuffisante, et il s'ensuit, comme dans tout autre os placé dans les mêmes conditions, une fistule osseuse qui n'a pas tendance à la guérison spontanée.

Ces fistules mastoïdiennes doivent être traitées, comme toutes les fistules osseuses, par l'incision et le grattage; mais comme leur orifice interne est dans l'antre, puisque c'est pour évacuer une suppuration de l'antre qu'elles se sont formées, il faudra ouvrir cette cavité si l'on veut tenir les deux bouts de la fistule. Cette manière de procéder est meilleure, à notre avis, qu'un simple curettage du trajet fistuleux, méthode aveugle qui expose aux dangers de blesser les organes voisins, soit avec les instruments, soit en déplaçant des séquestres profondément situés. Voici ce que nous proposons de faire. Inciser la peau et décoller le périoste de façon à mettre à nu toute l'apophyse mastoïde et l'orifice de la fistule, ouvrir l'antre au lieu d'élection, raccorder l'orifice fistulaire à l'antre en faisant sauter la substance osseuse qui recouvre le trajet, mettre ainsi ce trajet à ciel ouvert, enlever les séquestres, curetter les granulations, suivre les parties

malades aussi loin que possible. S'il y a en même temps une otite moyenne suppurée chronique, il faut aller jusque dans la caisse et la nettoyer. Pansement à la gaze iodoformée.

L'apophyse mastoïde étant un os peut présenter toutes les affections inflammatoires ou suppurées du tissu osseux (cholestéatome, tuberculose, syphilis, etc.). Ces affections ne présentent rien de particulier, et nous croyons ne pas devoir nous en occuper ici.

Discussion.

M. RAUGÉ. — Je crois qu'on s'exagère un peu les dangers de l'intervention dans les affections mastoïdiennes et que cette appréhension, en retenant la main du chirurgien, a trop souvent pour conséquence un excès d'abstention plus funeste que ne peut l'être l'intervention la plus hardie. Il meurt plus de malades des suites de suppurations qu'on n'a pas vues ou pas osé conjurer, qu'il n'en mourrait de l'opération même si on la pratiquait chaque fois qu'elle est nécessaire. Aussi MM. Lubet-Barbon et Martin ont fait œuvre utile en réduisant à leurs proportions vraies les risques de cette intervention. C'est là sans doute une opération délicate, qui exige du chirurgien beaucoup d'adresse, de prudence et surtout une connaissance approfondie de la région dans laquelle il agit. Mais en suivant les indications opératoires que l'on vient de nous préciser, en cotoyant prudemment la paroi postérieure du conduit auditif, en procédant couche par couche, pas trop vite et pas trop profond, on réduit à leur minimum les chances d'ouvertures du sinus dont on nous a épouvantés. Il est cependant un écueil que la connaissance anatomique la plus exacte ne peut entièrement éviter, c'est la fréquence des anomalies, tout au moins des variétés de situation ou de rapports du sinus latéral. Les descriptions des auteurs, les figures d'Hartmann qui montrent dans quelles limites ces variations anatomiques peuvent se rencontrer, sont certainement faites pour inquiéter, et je comprends les appréhensions de l'opérateur, qui sait fort bien où doit être le sinus, mais qui ne sait jamais sûrement où il est. Qu'on me permette une comparaison : quand on débride une hernie crurale, on sait que réglementairement on peut inciser sans danger le ligament de Gimbernat, qu'il n'y a de ce côté aucun risque, du moins aucun risque normal. Mais on sait aussi qu'il existe une anomalie fréquente, la présence de l'obturatrice naissant exceptionnellement de l'épigastrique et

passant en arrière de ce ligament. Va-t-on pour cela renoncer au débridement interne qui est le meilleur et le plus sûr ? Autrement, mais on opérera comme si l'on s'attendait toujours à trouver sous son bistouri cette obturatrice anormale. Au lieu d'une grande incision on fera sur le ligament de petites sections multiples, et l'on se servira du doigt beaucoup plus que de l'instrument tranchant pour élargir l'ouverture curale. La situation est exactement la même pour l'apophyse mastoïde. Il faut opérer dans cette région comme si l'on s'attendait à chaque coup de ciseau à mettre à nu la paroi du sinus. Il faut que l'idée d'une anomalie possible soit sans cesse présente à l'esprit de l'opérateur, mais pour l'engager à la prudence, jamais pour empêcher ou seulement retarder une intervention nécessaire.

M. MOURE. — L'opération de Stacke est excellente et on ne saurait contester les avantages qu'elle présente ; elle seule permet d'aller explorer et faire l'antisepsie de tous les recoins de l'antre. Mais par contre elle amène de grands délabrements, il est quelquefois bien difficile de régler le processus cicatriciel et le travail de réparation peut durer des mois et des années. C'est là un gros inconvénient dont on devra toujours tenir compte.

M. LUBET BARBON. — Je reconnais l'entière justesse des remarques de M. Moure et nul doute que les suites de l'intervention ne soient souvent une source d'ennuis pour le chirurgien et le malade. Cependant je peux dire que dans les cas de simple carie de la caisse le traitement peut toujours être abrégé et se réduit aux proportions habituelles dans les interventions de ce genre sur d'autres points de l'organisme. Les choses se compliquent seulement lorsqu'on se trouve en présence d'accidents tels que les cholestéatomes. Mais je demande si dans ces cas particuliers on connaît un moyen autre que celui préconisé par nous de tarir ces interminables suppurations. Aussi je persiste à soutenir que l'opération de Stacke présente même dans ces cas un grand progrès, elle seule nous permet de voir la fin d'accidents si tenaces, si rebelles et on peut bien le dire considérés jusqu'à ce jour comme presque incurables.

Sur deux cas de rhinosclérome.

M. CASTEX. — Le rhinosclérome est une maladie que l'on a rarement l'occasion d'observer en France. C'est surtout dans l'Amérique du Sud et en Autriche Hongrie qu'on l'a bien étudié. Ce fut Hébra qui vers 1870 s'en occupa pour la première fois.

Vinrent ensuite les travaux de Geber, Mikulicz et Billroth. Enfin Kaposi et Neumann, revenant sur le sujet, le traitèrent d'une façon plus complète que leurs devanciers. Enfin quelque temps après, Frisch établit la nature parasitaire de l'affection. Tout le monde sait aujourd'hui que le rhinosclérome est dû à un microorganisme décrit dans tous les traités spéciaux sous le nom de *bacille de Frisch*.

Je rappellerai que le rhinosclérome débute ordinairement par le bord des narines envahissant peu à peu et par une marche très lente mais progressive les cavités nasales, puis le pharynx. L'affection gagne ensuite le larynx où elle produit la sténose laryngée. Les malades meurent habituellement de broncho-pneumonie infectieuse consécutive à la trachéotomie. Les lésions se présentent sous la forme de plaques réunies, légèrement saillantes, lisses à leur surface et d'une consistance particulièrement dure. Il y a peu de douleur, à peine les malades se plaignent-ils lorsqu'on presse un peu fortement les parties malades.

Dans un travail que je publiai à mon retour de Vienne, j'ai fait connaître les six observations que j'avais pu recueillir pendant mon séjour en Autriche. Voici deux cas nouveaux que j'ai pu étudier ici dans ma clientèle. Il s'agit d'Américains du Sud venus de leur pays avec cette maladie très fréquente au Guatemala et dans la république de San-Salvador.

Ma première observation a trait à un homme de 33 ans chez lequel le rhinosclérome a débuté à l'âge de 11 ans par un coryza chronique. Je passe sur les détails et j'arrive à la date de mon premier examen. A la rhinoscopie antérieure je trouvai la cloison épaissie, blanchâtre, les fosses nasales étaient remplies de croûtes. A la rhinoscopie postérieure le pharynx apparaît rouge. La luette d'une coloration rouge foncé est déjà détachée du voile.

Le larynx est normal, le vestibule également indemne.

D'après Besnier et Alvarez qui avaient grande confiance dans l'iodure de potassium administré à haute dose (3 grammes par jour) je prescrivis ce traitement, puis j'appliquai la galvanisation. Quand le malade me quitta on pouvait le considérer comme guéri.

La deuxième observation se rapporte à un homme de 30 ans également originaire de l'Amérique du Sud. Le malade se plaignait d'une obstruction des fosses nasales. Le nez est recroquevillé sur lui-même, l'aile droite est remontée. A la rhinosco-

pie on voit que les cornets sont grisâtres et recouverts de croûtes saillantes et dures au toucher. Rien au pharynx ni au larynx. Le traitement qui m'a si bien réussi dans le cas précédent est prescrit, et je dois le dire, rigoureusement suivi. Mais comme il ne se produisit aucune amélioration je tentai le raclage des fosses nasales. Il y eut amélioration notable, mais je ne pus obtenir un résultat complet. Après cette intervention il restait du côté droit une difformité de l'aile due au rhinosclérome.

Le malade réclamait instamment une seconde intervention chirurgicale. L'aile du nez offrait une plicature verticale en son milieu qui la déprimait vers la cloison, en outre son extrémité postérieure était très remontée. Je me décidai à intervenir de nouveau, l'opération pratiquée par M. Campenon a consisté :

1° Dans la libération de l'aile du nez à son extrémité postérieure.

2° Dans une incision verticale de la lèvre supérieure au même point tout en respectant le bord labial.

3° Dans l'abaissement de la partie postérieure de l'aile du nez entre les lèvres de l'incision labiale où elle fut maintenue au moyen d'une anse de fil d'argent prenant appui sur les dents incisives supérieures. L'aile fut ainsi et resta abaissée et dépliée. J'ajoute que je viens de recevoir des nouvelles de mon malade. Il est en bonne santé et il ne s'est pas produit de récédive.

M. Alvarez qui exerce à San Salvador s'est beaucoup occupé de cette maladie. Voici les détails très intéressants qu'il a bien voulu me fournir sur le sujet. Pour lui le rhinosclérome pourrait peut-être provenir des champs de culture où l'on récolte l'indigofera. L'indigo est le résultat d'une fermentation obtenue avec une légumineuse connue sous le nom d'*Indigofera tinctoria*. Eh bien, on rencontre constamment sur cette plante un parasite en tout semblable au bacille de Frish. Mais il y a plus. M. Alvarez a pu produire la fermentation spéciale d'une décoction stérilisée d'indigofera avec des cultures de rhinosclérome. Il était facile de déduire de cette expérience que cette légumineuse pourrait être la cause première du mal.

Le rhinosclérome ne se montre jamais d'emblée au pharynx ou au larynx, mais amène fatalement leur rétrécissement. Toutes les classes de la société sont habituellement frappées. L'âge le plus fréquent où les lésions débutent varie entre quinze et quarante-cinq ans.

Le traitement consiste dans la galvano-cautérisation, l'iodure

de potassium à haute dose. Plus récemment, Powlowski (de Kiew) a préconisé les injections hypodermiques de *rhinosclérine* qui rendrait les tissus environnants réfractaires à l'envahissement du parasite.

Discussion.

M. RAUGÉ. — M. Castex a-t-il vu le bacille de Frisch. Ce microorganisme ressemble beaucoup à celui que Læwenberg a découvert dans le nez des ozéneux. Il rappelle également le microbe de Friedländer. Comme lésions, le rhinosclérome ressemble à mon avis beaucoup à la lèpre.

Epistaxis grave, guérison.

M. MIOT. — L'observation dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir est peut-être unique dans la littérature médicale. La ténacité et la fréquence des hémorrhagies, l'influence qu'elles ont exercée sur le malade, la variété des traitements suivis justifient, comme on va le voir, mon affirmation. J'ajouterai que j'ai obtenu la guérison par une médication qui n'avait pas encore été suivie dans des cas semblables.

M. X., 21 ans. Dès l'âge de quinze mois, ce jeune homme eut des épistaxis qui survenaient tous les quinze jours, puis un peu plus tard tous les huit jours et même deux fois par semaine.

A l'âge de cinq ans le malade eut une épistaxis plus considérable que celles qu'il avait eues jusque-là et qui amena des accidents redoutables : état syncopal, impossibilité de l'alimentation, etc. On prescrivit alors du perchlorure de fer à l'intérieur. Ce traitement parut amener quelque amélioration. Mais un an après, les mêmes accidents recommencèrent et se reproduisirent à des intervalles plus ou moins réguliers jusqu'à l'âge de 11 ans.

A ce moment les hémorrhagies augmentent de fréquence et fatiguent de plus en plus le malade. Celui-ci fut adressé à un spécialiste qui fit le diagnostic de varices de la cloison nasale. Le traitement consista en cautérisations de la dilatation variqueuse au galvano-cautère. On prescrivit également des insufflations de perchlorure de fer. Mais je dois dire que la médication suivie resta sans effet et bientôt le malade s'affaiblissant de plus en plus arrivait au dernier terme de la cachexie.

Mandé par le médecin de la famille, je trouvai l'enfant au lit pâle, exsangue, incapable de faire le moindre mouvement sans avoir une syncope. Un mince filet de sang s'échappait des narines remplies de caillots. Je tentai de me rendre compte de l'épistaxis et mon examen fut des plus laborieux. Les hémorrhagies succédaient aux hémorrhagies au moindre attouchement et le malade avait des syncopes successives, qui ne laissaient pas de m'inquiéter beaucoup. Enfin j'arrivai à nettoyer les fosses nasales des caillots qui les obstruaient et je pratiquai le tamponnement avec de l'ouate boriquée imbibée d'ergotine Bonjean. Le sang cessa de couler. Je prescrivis alors le traitement suivant :

1° Tampon de coton ergotiné toutes les 24 ou 48 heures.

2° A l'intérieur toniques.

3° Repos complet du malade au lit pendant plusieurs jours.

Sous l'influence de cette médication il y eut d'abord une amélioration manifeste. Les épistaxis diminuèrent de fréquence pendant quelques jours. Mais bientôt je dus reconnaître que tout était à recommencer, les hémorrhagies commençaient à se reproduire moins fréquentes, il est vrai, qu'avant mon intervention, mais l'état du malade était si misérable qu'il fallait au plus tôt y remédier ; je suivis alors la méthode suivante.

1° Lamelles de coton imbibées d'ergotine, de stérésol ou de solution aqueuse d'antipyrine appliquées sur la cloison tous les jours au moins souvent.

2° Aspirations nasales d'eau boriquée chaude deux à trois fois par jour.

3° Préparations de fer, de manganèse, de sulfate de soude. Ces préparations donnèrent au point de vue de l'état général les meilleurs résultats.

4° Conditions hygiéniques sévères.

Mon traitement fut rigoureusement suivi. Peu à peu l'état général s'améliora, les forces revinrent, le malade put s'alimenter. Je me décidai alors à aborder le traitement curatif et j'eus recours à l'électrolyse. Je n'insiste pas sur cette méthode que j'ai été le premier à employer et à préconiser. Tout cela est aujourd'hui bien connu depuis les travaux de M. Moure. Quoi qu'il en soit, l'électrolyse me donna ici les meilleurs résultats et au bout de quelques mois mon malade était absolument transformé. La guérison était complète.

Je crois pouvoir conclure de ce qui précède que toutes les fois où l'on a affaire à une tumeur érectile ou variqueux d'une certaine étendue, l'électrolyse interstitielle positive est la méthode de

choix. Voici les procédés à suivre pour la mettre en pratique.

L'électrode sous la forme d'aiguilles en cuivre ou en argent est introduite dans les tissus hémorragiques. Le nombre des aiguilles varie nécessairement avec l'étendue de la surface sur laquelle on opère ; deux à cinq aiguilles à chaque séance suffisent en général. L'intensité du courant est de 16 à 20 milliampères et la durée de la séance de huit à dix minutes.

L'électrode positive doit être large et appliquée sur le côté de la face correspondant à la fosse nasale opérée.

La substance des aiguilles n'a pas une grande importance, cependant le cuivre et l'argent paraissent exercer une action plus énergique.

Depuis cette première intervention j'ai eu l'occasion d'appliquer cette méthode dans deux nouveaux cas. Il s'agissait encore d'épistaxis rebelles et mettant la vie du malade en danger. J'ai obtenu le même succès que dans l'observation qui vient de vous être résumée.

Discussion.

M. CARTAZ. — Je pense que M. Miot s'est probablement trouvé en présence d'une tuméfaction angiomateuse de la cloison. Je crois me souvenir qu'il y a déjà eu des tentatives d'électrolyse dans le traitement des angiômes. Je dois reconnaître d'ailleurs que l'électrolyse n'avait pas encore été utilisée dans des cas semblables à celui de M. Miot.

Fissures des narines.

M. CASTEX. — J'ai eu l'occasion d'observer des malades présentant des lésions curieuses et dont je désire vous entretenir. Ces malades se plaignaient de douleurs vives au niveau des narines, je cherchai avec soin la cause de leurs souffrances mais sans rien pouvoir trouver : pas d'eczéma, pas d'ulcération, rien qui pût me mettre sur la voie d'un diagnostic. Mais en cherchant bien, en fouillant partout, qu'on me passe le mot, je trouvai au niveau de la sous-cloison, à la partie antérieure, au point où se trouve la gouttière formée par la réunion de la cloison et l'aile du nez, je trouvai, dis-je, une petite fissure très douloureuse. Le moindre attouchement avec le stylet mousse était très pénible pour le

malade. Par une association d'idées d'ailleurs naturelle, je songeai aux fissures de la région anale si douloureuses et qui, elles, sont toujours situées en arrière. Depuis j'ai cherché souvent ces fissurettes et je les ai toujours rencontrées à la partie antérieure des narines : elles semblent exister particulièrement chez les nerveux, car c'est chez eux surtout qu'elles sont douloureuses, je me demande s'il n'y a pas deux sortes de lésions de ce genre, les fissures tolérantes et les fissures intolérantes, celles-ci étant l'apanage des névropathes. En résumé, le lieu d'élection des fissures se trouve à la partie antérieure des narines.

Discussion.

M. MOURE. — Les fissures dont M. Castex vient de nous entretenir sont, je le crois, bien connues. On en trouve la description dans les traités classiques. M. Castex pense que ces lésions existent surtout chez les névropathes, je ne suis pas absolument de son avis. Je crois, au contraire, que ce sont ces ulcérations qui rendent les malades nerveux. Ceux-ci se préoccupent vivement des souffrances qu'ils éprouvent, ils y pensent sans cesse, se figurent être atteints de cancer ou de toute autre affection grave. Bref, par une sorte d'auto-suggestion, ils arrivent à aggraver leur état. La névropathie est ici secondaire, ce sont les fissures qui sont le point de départ. C'est du moins ce que j'ai observé fréquemment dans ma pratique.

Présentation de malades.

M. CASTEX. — J'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille atteinte de pharyngo-laryngite tuberculeuse. Cette malade qui présentait les symptômes de la dysphagie la plus prononcée, a été considérablement améliorée par des badigeonnages énergiques à l'acide lactique. Sous l'influence de ce traitement, la dysphagie a disparu, l'état général s'est relevé, la malade a augmenté de poids. Cette jeune fille présente encore un autre point intéressant, c'est qu'il n'existe chez elle presque plus d'épiglotte.

Discussion.

M. MOURE. — Il semble aujourd'hui démontré que l'épiglotte n'est pas nécessaire à la déglutition. Nous savons en outre que

dans certaines formes de tuberculoses à bacilles rares, les tuberculeux guérissent en apparence. Les lésions locales se cicatrisent peu à peu et, malgré des pertes de substances plus ou moins considérables, les malades ne paraissent pas éprouver une gêne bien considérable.

M. CASTEX. — Le second malade que je désire soumettre à votre examen est un petit nègre né sur les bords des grands lacs de l'Afrique. Cet enfant présentait au niveau de la narine droite une tumeur en forme de chou-fleur et du volume d'une grosse noix. Je fis le diagnostic clinique de tuberculose nasale. L'examen bactériologique sembla me donner raison. On fit cependant des coupes de la tumeur, on l'examina au microscope et l'on crut pouvoir conclure à de l'épithélioma. J'enlevai cette sorte d'excroissance sous le chloroforme, elle s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la lèvre supérieure, je dus pratiquer un curetage énergique pour arriver aux tissus sains. Les suites de l'opération furent d'ailleurs des plus simples, mais peu après mon intervention je constatai au niveau de la narine une rétraction cicatricielle des tissus qui peu à peu allait en augmentant. Je dois dire que cette atrésie consécutive a résisté jusqu'à présent à tous les moyens de traitement que j'ai pu employer.

Nécrose et séquestre du labyrinthe.

M. LANNOIS. — L'orateur rappelle que l'attention a été attirée sur les séquestres du labyrinthe par un travail de Ménière publié en 1837 dans la *Gazette médicale*. Mais le travail le plus important sur la question est le mémoire de Bezold (1886) basé sur quarante-six observations, dont cinq personnelles. Dans une thèse récente de Lyon (avril 1894), un de ses élèves, le Dr Th. Bec, a pu réunir soixante-cinq observations. M. Lannois, lui, en a rassemblé trois qu'il rapporte.

Dans le premier cas, d'ailleurs publié dans le *Lyon médical* (1893), il s'agit d'un jeune homme de 23 ans ayant une otorrhée à droite depuis l'âge de trois ans. Celle-ci était survenue au cours d'une rougeole grave qui a aussi laissé une taie sur la cornée droite. L'écoulement s'arrêtait parfois et il y a même cinq ans qu'il ne s'était pas reproduit lorsqu'il reparut au mois de juillet 1892 avec un peu de douleur. Le malade a été réformé au conseil de révision, non pour son oreille, mais pour insuffisance de périmètre thoracique. Cependant il ne tousse pas et un

examen attentif ne permet pas de trouver trace de tuberculose.

Le malade est vu pour la première fois le 14 septembre 1892. Depuis neuf jours il a des douleurs très vives dans toute la tête et dans l'oreille droite et des vertiges qui le forcent à rester au lit sans bouger. Jusqu'à il y a trois jours, il a eu des vomissements presque incessants. Il a une fièvre qui oscille entre 38° et 39° (assez irrégulière).

L'écoulement est constitué par du pus mélangé de sang. On ne voit pas le fond de l'oreille à cause de granulations nombreuses dans le conduit et dans la caisse. Il n'entend la montre qu'au contact fort, osseux, au niveau du conduit ; il ne latéralise pas le son du diapason (*ré*²), mais l'expérience de Rinne est positive.

L'audition est bonne à gauche.

Les jours suivants les douleurs continuèrent, la fièvre s'accompagna de frissons, le moindre mouvement amenait des vomissements. L'antipyrine en solution concentrée que M. Lannois essayait alors, à l'instigation de M. le professeur Cazeneuve, dans le traitement des otorrhées, donnait seule un calme passager des douleurs. Rien n'autorisait à penser qu'il y eût de la mastoïdite, car il n'y avait absolument pas de douleurs de ce côté. On se contenta d'enlever les granulations polypeuses du conduit et de les cautériser à l'acide chromique.

Au bout de quinze jours le malade put se lever et venir lui-même à la consultation. Il fallut tout l'hiver pour arriver à sécher l'oreille, en raison de la facilité avec laquelle il se reproduisait des bourgeons charnus qu'il fallait enlever et cautériser. Traitement divers à l'antipyrine, au menthol, à l'alcool absolu, à l'acide borique, etc.

Le 18 mai, le malade, qui ne venait d'ailleurs plus se montrer que de temps à autre, est considéré comme guéri de son écoulement ; le fond de la caisse est cependant encore un peu humide, difficile à voir à cause de l'étroitesse du conduit. On ne voit aucune trace des osselets ni du tympan.

Le 5 juillet, le malade revient en disant qu'il a eu un peu de douleur la semaine précédente et que son oreille suinte légèrement. Après lavage on trouve dans le conduit une petite masse d'aspect osseux qu'on enlève avec précaution et sur la nature de laquelle il ne peut y avoir de doute : il s'agit du limaçon osseux expulsé en entier, c'est-à-dire de la columelle et de la lame spirale faisant deux tours et demi de spire environ et se terminant par le crochet (*hamulus*).

Le 12 juillet, le malade revient avec sa caisse bien sèche et

l'examen de l'audition démontre qu'il entend encore la montre et l'acoumètre de Politzer au contact de l'os en avant du conduit et sur l'apophyse mastoïde. Il lui est impossible de latéraliser le diapason placé sur le front : lorsqu'on le place sur l'apophyse mastoïde droite, il croit le percevoir de ce côté, mais ne l'affirme pas comme pour la montre et l'acoumètre. Expérience de Rinne négative à droite.

Il y a lieu de faire remarquer dans ce cas :

1° L'absence de tuberculose, car c'est le plus souvent chez des phtisiques que se produisent les séquestres de ce genre.

2° La guérison complète du malade, ce qui est la règle une fois sur cinq environ.

3° La limitation du séquestre à la cochlée, et par suite l'absence d'autres phénomènes, tels que vertige de Ménière, paralysie faciale, etc.

4° La persistance d'un certain degré d'audition apparente. Ce phénomène paradoxal qui s'est d'ailleurs produit dans plusieurs autres cas, a beaucoup exercé la sagacité des otologistes. Fallait-il admettre que quelques-uns des filets qui se rendent aux parties du labyrinthe autres que le limaçon étaient doués de l'activité auditive ? Mais la persistante apparente de l'audition s'est rencontrée dans des cas de séquestre comprenant à la fois la cochlée, le vestibule et une partie de l'appareil des canaux semi-circulaires.

On a pensé aussi que les malades percevaient les sons par l'oreille saine et faisaient de bonne foi une erreur de lieu. Mais le malade en question, qui est très intelligent et qui était prévenu de la possibilité de cette erreur, affirmait entendre, par l'oreille privée de limaçon, la montre et l'acoumètre au contact. La voix n'a pas été employée chez lui comme moyen d'examen à cause précisément de la difficulté de mettre l'oreille saine hors de cause.

L'opinion la plus vraisemblable est celle d'un ébranlement se transmettant, par l'intermédiaire des parois osseuses, jusqu'au nerf acoustique et jusqu'aux centres percepteurs, ébranlement que le malade extériorise par un mode physiologique bien connu.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un homme de 68 ans, n'ayant jamais eu de suppuration d'oreilles, qui, trois mois après le début d'un écoulement de l'oreille gauche, présentait des douleurs vives, empêchant tout travail, tout sommeil et tout repos, siégeant profondément dans l'oreille, s'irradiant jusque vers l'œil et au sommet de la tête, s'accompagnant de bruits pulsatiles et

de vertiges. Après un mois de souffrances il s'aperçut de la présence dans le conduit d'un corps dur qui le décida à venir se faire examiner. Il s'agissait d'un fragment osseux comprenant une petite partie du promontoire et un fragment du premier tour de spire du limaçon. Le malade fut vite guéri après l'élimination, mais la surdité de ce côté était absolue.

Il faut noter ici l'âge avancé du malade et la rapidité de l'évolution de l'affection, car habituellement la nécrose labyrinthique ne s'observe que sur des sujets jeunes et à la suite d'otorrhées très prolongées.

Par opposition à ces deux cas où il n'existait pas de paralysie faciale, ce qui s'explique par la limitation de la nécrose à la cochlée, et ce qui est contraire à la règle, car la paralysie faciale s'observe dans 83 % des cas, M. Lannois rapporte une troisième observation d'une jeune fille de quinze ans, atteinte de syphilis tertiaire héréditaire, présentant une adhérence complète du voile du palais et de l'otorrhée gauche avec paralysie faciale du même côté. On trouvait dans le conduit plusieurs séquestres et, pour enlever le plus volumineux, il fallut décoller le pavillon, ce qui permit de constater que toute la pyramide du rocher était remplacée par une cavité et que le labyrinthe avait complètement disparu.

Ainsi le labyrinthe peut être atteint isolément de nécrose et s'éliminer sous forme de séquestre ; la nécrose peut même se limiter au limaçon, ce qui se produit dans plus du tiers des cas. Ce fait, surprenant au premier abord, s'explique par la formation embryologique du labyrinthe qui est primitivement constitué par une invagination d'origine ectodermique, sous forme d'un bourgeon se détachant de la vésicule auditive et pénétrant dans un mésenchyme dont les transformations constitueront les diverses parties du labyrinthe.

Quelques remarques sur la mobilisation de l'étrier.

M. Mior. — L'opération de la mobilisation de l'étrier est considérée par certains otologistes comme étant une opération absolument inutile. D'autres vont plus loin et soutiennent que c'est là une mauvaise intervention toujours nuisible au malade. Le plus petit nombre enfin juge qu'elle peut rendre des services. Pour moi, je conclus à son utilité toutes les fois que les indications ci dessous sont formelles.

1° Le Diapason vertex DO³ et DO⁴ placé sur un point quelconque de la ligne médiane antéro-postérieure du crâne est mieux perçu par l'oreille sourde.

2° Le Diapason DO³ et même DO⁴ placé en face du méat auditif externe de l'oreille à opérer n'est pas perçu.

3° Le malade ressent des bruits continuels, il a même parfois des vertiges.

4° Le tympan n'est pas épaissi d'une manière sensible, mais il l'est souvent.

5° La surdité est paradoxale ; elle peut ne pas l'être.

Voici à l'appui de ce que j'avance sur les bons résultats de la mobilisation, deux observations que je crois intéressantes. Les malades avaient suivi sans succès des traitements les plus divers. Aussitôt après l'opération leur état s'améliora, les vertiges et les bourdonnements cessèrent et l'état général compromis redevint excellent. Une de ces malades allait très bien 2 ans et demi après l'opération. A ce moment elle fut atteinte de l'influenza. A la suite de cette affection, l'acuité auditive diminua et les bourdonnements reparurent. En même temps l'état de neurasthénie que j'avais constaté autrefois tourmenta de nouveau la malade. Mais le traitement ne tarda pas à modifier ces accidents.

La grande objection que l'on a cru pouvoir faire à la méthode, c'est qu'on ne mobilise pas l'étrier. Je ne saurais trop m'élever contre de pareilles assertions. Au moment où avec la spatule on fait remuer cet osselet, les malades entendent dans leur oreille comme un bruit de souffle intense qui se produit à chaque traction opérée sur l'étrier. De plus, il y a du vertige. Les sensations particulières éprouvées par les patients ne me laissent aucun doute, c'est bien l'étrier que l'on mobilise.

Une autre objection a été faite, elle a trait au peu de durée des résultats de l'opération. Mais cela tient à la négligence des règles hygiéniques et au défaut de soins consécutifs. Si l'on opère bien aseptiquement, si l'on suit avec soin son malade, on verra que les suites opératoires sont des plus simples et l'amélioration durable.

Conclusions :

1° La mobilisation de l'étrier constitue fréquemment le seul moyen de modifier certains états pathologiques rebelles à tous les traitements.

2° Pour obtenir de bons résultats, il faut tenir un compte strict des indications.

3° Avec une asepsie suffisante il n'y a aucune complication à

craindre. Tout au plus pourra-t-on très exceptionnellement constater chez quelques malades l'augmentation momentanée des bourdonnements.

4° Un traitement consécutif à l'opération et de bonnes conditions hygiéniques sont indispensables pour maintenir le plus longtemps possible les résultats obtenus.

Corps étranger du sinus maxillaire, tube de drainage en étain ayant séjourné quatre ans et un mois dans l'antre d'Highmore. Elimination spontanée par les fosses nasales,

M. A. COMBE (de Paris). — Les recherches bibliographiques les plus consciencieuses n'ont pas permis à l'auteur de découvrir dans la littérature médicale d'observations de corps étrangers des sinus. S'il n'a trouvé aucun fait qui put rappeler celui qu'il va exposer à la Société cela tient sans nul doute selon lui à ce que l'histoire des sinusites date d'hier.

Le 20 octobre 1889, M. X^{***} s'aperçoit qu'il mouche du pus du côté de la narine gauche, il perçoit d'ailleurs depuis deux ou trois jours une odeur fétide semblable à celle de poisson pourri ; de ce même côté de la mâchoire la première grosse molaire précédemment soignée pour une carie pénétrante, et aurifiée après destruction de la pulpe et désinfection des canaux pulpaire, était devenue douloureuse à la pression et légèrement mobile, elle présentait tous les caractères de la périostite. Dès le lendemain, M. X^{***} va trouver son médecin qui d'emblée pose le diagnostic de catarrhe du sinus maxillaire consécutif à une périostite d'origine dentaire, procède à l'extraction de la grosse molaire et par un alvéole béant pénètre librement dans le sinus. Le pus s'écoule par cette voie ouverte, une injection d'eau boriquée ressort par le nez entraînant une quantité de pus assez considérable. Le diagnostic est donc bien confirmé.

Le médecin installe aussitôt un tube de drainage en étain (*vieux, ayant déjà servi.*)

Pendant dix jours, le médecin suit le malade et pratique des lavages après avoir enlevé le tube qu'il replace ensuite avec quelque peine. Le tube un peu faussé devait être redressé à la pince. Le 1^{er} novembre, le malade à son réveil trouve dans sa bouche le pavillon du tube en étain. Son médecin, recherche avec soin dans le sinus si le fragment supérieur n'a pas été refoulé, déclare que le sinus est vide et que le reste du drain a du être avalé pendant le sommeil.

Les injections sont continuées deux fois par jour, pas de douleur, pas d'odeur, néanmoins l'écoulement par le nez réapparaît si les injections sont suspendues deux jours ; le malade a voulu tenter plusieurs fois cette expérience, le résultat est toujours le même.

En mars 1890, le professeur Verneuil consulté, ne retrouve pas non plus le tube dans l'antre d'Highmore, (on pénètre avec un stylet d'argent par l'ouverture qui sert pour les injections) et conseille d'attendre..., le malade n'est incommodé que par l'assujétissement de ses lavages journaliers. Il reste d'ailleurs parfaitement convaincu que le drain est toujours la cause de ces accidents. Mais en 1891 les douleurs revêtent un caractère de migraine, elles sont plus fréquentes et plus violentes en 1892-93.

En avril 1893, le Docteur Combe revoit M.X^{***}; l'examen direct du sinus, l'examen par transparence à la lumière électrique et l'examen rhinologique ne permettent pas d'affirmer que le tube est dans le sinus. Le malade accepte une large trépanation. L'opération a lieu le 18 avril. L'anesthésie est obtenue par une injection de chlorhydrate de cocaïne que l'auteur a pratiquée suivant des règles qu'il a précédemment formulées dans une communication au Congrès de chirurgie de 1891 (200 opérations de la bouche kystes, épulis, trépanations, curettages, etc.).

Les recherches sont faciles, tous les recoins du sinus accessibles. On ne trouve rien. Injections de glycérine phéniquée, insufflations d'iodol. Les suites sont simples. Une amélioration sensible survient, les douleurs ont presque disparu.

M. X^{**} part en Amérique pour six mois. En octobre 1893 M. X^{***} revient en France, très inquiet, les douleurs malgré les lavages, des prises de bismuth, etc., se sont localisées dans le nez et dans la joue au niveau du méat moyen, l'écoulement est plus abondant, plus fétide. Le Dr Combe propose une trépanation par la fosse canine qui permettra de mieux voir et de mieux pénétrer, elle est acceptée. Mais on n'eut pas à la pratiquer ; en effet, le 23 novembre 1893, M. X^{***} sentit tout à coup en se mouchant sans effort, descendre par la narine gauche une grosse masse de matière pâteuse, de couleur brune au milieu de laquelle se trouvait le tube en étain qui s'était brisé en octobre 1889. Un lavage amène du pus fétide abondant. Le soulagement est immédiat, les douleurs disparaissent en peu de jours. A l'examen des fosses nasales on ne constate qu'un peu de rougeur inflammatoire au niveau du méat, le passage ne paraît pas agrandi. L'écoulement s'arrête et le 30 novembre 1893 tout

est terminé. Le Dr Combe a revu plusieurs fois son malade depuis cette date, la guérison s'est maintenue. L'ouverture est cicatrisée.

L'auteur conclut que ce drain qui mesure deux centimètres et quart, pèse un gramme 50, dont la présence a échappé aux examens de plusieurs médecins compétents, a dû s'enkyster dans la paroi du sinus, et cheminer lentement. La dernière opération, faite par lui, a pu précipiter ce mouvement qui a abouti à l'élimination spontanée. M. Combe trouve en outre dans cette observation la confirmation des conclusions d'un autre travail publié par lui au Congrès de chirurgie en 1885; tout catarrhe du sinus traité dès le début guérit en huit jours, c'est le cas de M. X^{***} qui pendant quatre ans et un mois n'a jamais abandonné son traitement, qui a été institué dès le début de l'apparition des accidents. Aussitôt que le corps étranger qui entretenait cet état inflammatoire a eu disparu, les accidents ont cessé, la suppuration a diminué et au bout d'une semaine la guérison était complète.

Corps étranger du sinus maxillaire.

M. MOURE. — On comprend facilement que les anfractuosités des sinus soient un obstacle à leur exploration méthodique. Ajoutons à cela que les corps étrangers introduits dans ces cavités sont de petite dimension. Enfin ils sont la plupart du temps recouverts de mucosités desséchées qui les dérobent à notre vue. Ce sont là, on l'avouera, de mauvaises conditions pour aller à leur recherche. Lorsqu'un malade se plaint d'un accident de ce genre, il ne faut jamais dire que le corps étranger n'existe pas parce que nous ne l'avons pas vu.

Dans l'observation que j'ai l'honneur de vous rapporter, il s'agit d'un jeune étudiant en médecine chez lequel on avait pratiqué l'ouverture du sinus au point habituel, soit au niveau de la deuxième molaire. Un jour, en mangeant, il s'était introduit par l'ouverture une parcelle d'aliment. Il voulut l'enlever; pour cela il prit une allumette qu'il introduisit par l'orifice creusé dans l'alvéole. Mais l'allumette cassa et le fragment que je vous présente ici, pénétra dans le sinus.

Le malade vint me trouver et j'avoue que je me trouvais assez embarrassé, mais me souvenant fort à propos de la méthode suivie pour délivrer le conduit de corps étranger, je tentai de pratiquer de grandes injections dans le sinus. Mes tentatives

réussirent pleinement et après quelques lavages le corps étranger était expulsé de la cavité.

Discussion.

M. RAUGÉ. — J'ai observé un fait de même genre qui s'est également terminé par l'élimination spontanée du corps étranger à travers les fosses nasales. Il s'agissait d'un chicot qu'un dentiste, en voulant l'enlever, poussa dans le sinus par l'alvéole défoncée. Le malade un beau matin fut fort surpris de trouver ce corps étranger dans son mouchoir.

Je rappellerai à ce sujet la célèbre auto-observation de Ziem, qui porta durant des mois dans son sinus maxillaire un fragment d'instrument brisé dans un essai d'avulsion dentaire. Ce fut d'ailleurs un accident fort heureux pour la rhinologie, car nous lui devons le premier travail complet sur l'empyème latent de l'antre d'Highmore ; c'est sans doute à ce morceau de davier égaré dans le sinus de Ziem que sont dus les immenses progrès faits dans ces dernières années sur cette question des sinusites.

Séance du 2 mai (matin).

Nouveaux cas de pharyngomycose traités par l'acide chromique.

M. WAGNIER (de Lille). — J'ai exposé devant vous l'an dernier les résultats que j'ai obtenus dans le traitement de la pharyngomycose par l'acide chromique. J'ai exposé à cette époque les détails de ma méthode bien connue aujourd'hui sous le nom de « procédé de la perle » Depuis ma dernière communication j'ai eu l'occasion d'observer deux nouveaux cas d'angine mycosique. J'ai naturellement employé le traitement qui m'avait toujours si bien réussi jusqu'à présent. J'ai obtenu ici encore un guérison rapide de mes malades. Je ne saurais donc trop recommander à nouveau l'emploi de l'acide chromique dans les cas de pharyngomycose. Son efficacité est certaine, de plus les

résultats sont obtenus avec plus de rapidité que dans toutes les autres méthodes préconisées jusqu'ici.

Anémie d'origine nasale.

M. F. CHABORY (du Mont-Dore). — Dans un travail d'ensemble l'auteur résume les faits d'anémie que l'on peut rattacher à des lésions nasales.

En première ligne on peut placer l'obstruction nasale. Nul ne saurait contester l'influence de l'oxygénation sur la formation et l'évolution du globule rouge. Si les cavités nasales ne sont pas perméables l'hématose ne s'accomplira plus dans des conditions normales. Le poumon sera privé d'une partie de sa ration d'air et d'oxygène. On peut déduire de là toute une première catégorie de faits dans lesquels l'obstruction nasale joue le principal rôle.

Dans le même ordre d'idées mais sur un autre plan, il faut tenir compte encore de la mauvaise qualité de l'air introduit dans le poumon par la voie buccale. Il serait oiseux de revenir sur le rôle des cornets dans la respiration et dans la filtration de l'air à travers les fosses nasales. Celles-ci obturées, il est facile de comprendre que l'air arrive aux poumons dans de mauvaises conditions. Par suite, l'hématose sera encore entravée et tout l'organisme pourra s'en ressentir. Faut-il rappeler le rôle des épistaxis dans l'anémie. Il suffit de citer cet accident, pour que chacun se rappelle un fait de sa pratique où des symptômes graves d'anémie survinrent à la suite d'un écoulement de sang par le nez, trop abondant ou trop prolongé.

Les écoulements muqueux et muco-purulents de la pituitaire peuvent dans certains cas amener une véritable spoliation de l'organisme, et provoquer des troubles sérieux. On a observé des faits de ce genre à la suite de rhinorrhées avec suintement presque continu.

Il faut noter encore dans les causes d'anémie nasale, les accidents qui se produisent à la suite d'inflammations ou d'infections de la pituitaire.

De même les tumeurs malignes sont une cause de cachexie souvent rapide et plus redoutable qu'ailleurs. Qui ne connaît les accidents qui accompagnent les sarcomes des fosses nasales.

Enfin il faut, pour être complet, mentionner les troubles de l'appareil respiratoire, les troubles digestifs et du système nerveux occasionnés par des affections des cavités du nez ?

M. Chabory apporte, à l'appui de sa thèse, les deux observations suivantes.

Dans la première, il s'agit d'un cultivateur du Puy-de-Dôme, âgé de 34 ans, qui vint me trouver en septembre 1892. Il se plaignait d'essoufflement et se croyait phthisique. Il était pâle, jaune, avait les paupières et les lèvres décolorées. Très amaigri, il transpirait facilement, perdait haleine au moindre effort, et avait fréquemment des palpitations et des vertiges. Pour lui, tout travail régulier et soutenu était impossible. J'examinai longuement sans découvrir aucun signe de phtisie, et tous les autres organes me parurent sains ; seules, les narines étaient remplies de polypes. Ces polypes furent enlevés en octobre 1892. L'année suivante, au milieu de l'automne, je revis ce malade. La figure était plus pleine et la face était colorée ; il avait, me dit-il, augmenté de trois kilos, ne transpirait plus, n'était plus essoufflé et n'avait plus de palpitations. D'autre part, sa capacité respiratoire avait augmenté de 200 centimètres cubes.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un enfant de 7 ans que je vis en août 1892. La face était bouffie mais pâle et décolorée, il s'essoufflait facilement, était nerveux, irritable, avait des cauchemars, des insomnies, des réveils nocturnes. Rien au cœur, rien au poumons ; les urines étaient normales. L'examen du nez me montra des cornets volumineux, les deux amygdales se touchaient presque et je sentis des végétations adénoïdes. J'instituai uniquement un traitement médical et local, puis en novembre cet enfant fut opéré d'une amygdale et de ses végétations. Je le revis en août 1893, il s'était extraordinairement développé, la figure était fraîche et rose, les paupières et les lèvres colorées, l'essoufflement avait disparu, il n'était plus anémié.

Discussion.

M. CASTEX. — Dans les végétations adénoïdes l'état d'émaciation des petits malades, la teinte pâle des téguments provient surtout d'une infection lente. Les malades adénoïdiens avalent des mucosités plus ou moins chargées de toxines et il ne tarde pas à se produire, chez eux, une véritable dépression vitale. Ce qui me confirme dans cette manière de voir, c'est que dans les cas où les végétations sont très petites et causent peu de gêne respiratoire on peut cependant par l'ablation améliorer considérablement les malades. Je crois que l'agent infection doit dans

tous ces cas entrer en première ligne dans l'appréciation des faits.

M. CHABORY. — Je ne conteste pas la manière de voir de M. Castex. J'ai moi-même signalé les dyspepsies produites par écoulement de pus dans l'estomac. J'ai signalé aussi les infections dues aux inflammations nasales, mais dans ma communication je ne me suis placé qu'au seul point de vue de l'anémie.

De la pharyngite rétro-nasale.

M. VACHER (d'Orléans). — Il y a une relation très importante entre les maladies de l'oreille moyenne, de la trompe d'Eustache, du nez, des voies lacrymales, du pharynx et du larynx. Il est rare qu'une d'entre elles existe seule et ne donne pas lieu à des accidents de voisinage. Bien souvent il faut chercher dans un organe éloigné la cause du mal pour lequel on nous consulte.

Le public médical n'attache pas une importance suffisante aux inflammations du pharynx nasal, dont la fréquence et la gravité sont souvent méconnues.

La pharyngite supérieure rétro-nasale, est non-seulement très fréquente mais très-ignorée, parce que la rhinoscopie est encore inconnue de beaucoup de praticiens et négligée par un bon nombre de ceux qui, pouvant employer ce précieux moyen d'examen, reculent devant la difficulté qu'il présente chez certains sujets, ou négligent de compléter leur diagnostic. Il est juste d'ajouter que dans nombre de cas, à la campagne, le médecin, malgré son savoir et sa bonne volonté, n'a ni le temps ni l'outillage nécessaire pour mener à bien un examen délicat. Il examine le pharynx souvent, le larynx rarement, le pharynx nasal jamais. Pourquoi, Messieurs ? Parce qu'on n'a pas encore assez attiré l'attention des praticiens sur l'importance des affections inflammatoires de cette région.

Avant la découverte récente des végétations adénoïdes, presque personne ne s'en occupait, et si l'on faisait la rhinoscopie c'était pour rechercher l'implantation des polypes, les ulcérations de la cloison, etc. Depuis quelques années, tout a changé. L'attention des rhinologistes a été portée d'une manière toute particulière sur le pharynx supérieur, le pavillon de la trompe d'Eustache, les ulcérations de la cloison ou des méats. Malgré cela, on n'a pas attaché assez d'importance au traitement des sécrétions purulentes ou muco-purulentes du pharynx supérieur. La raison, la voici : ce traitement est difficile, la plupart des malades le font mal on le néglige complètement.

J'ai distingué deux formes de pharyngites, sérieuses à cause de leur fréquence, de leur ténacité, des complications qu'elles produisent. Ce sont la pharyngite chronique simple et la pharyngite granuleuse. Toutes les deux ont pour cause principale l'arthritisme ou le lymphatisme et la scrofule. Elles se manifestent surtout chez les enfants de 3 à 20 ans, avec leur maximum de fréquence entre 8 et 16 ans. Chez les personnes plus âgées, c'est toujours la même maladie qui, ayant débuté dans l'enfance, n'a jamais guéri complètement et se réveille à certaines saisons, après un rhume ou un accident quelconque de la santé générale.

La pharyngite rétro-nasale simple ou granuleuse ne guérit jamais seule; souvent chronique d'emblée, elle mérite le nom de pharyngite à répétition, aussi bien que celle qui siège dans les replis voisins de la base de la langue. Un nombre considérable de surdités en sont la conséquence, par suite de catarrhe des trompes et d'otites moyennes suppurées.

Les laryngites, les enrouements, les aphonies intermittentes qu'on observe chez les chanteurs, ont aussi, très-souvent, pour cause, la pharyngite supérieure qui provoque une congestion passagère, chaque fois que l'organe de la voix est surmené, ou par suite du moindre rhume. L'examen du pharynx m'a toujours révélé, dans ces cas insolites, une inflammation chronique méconnue. Le traitement rationnel a été suivi de succès inespéré.

Je crois, aussi, que la pharyngite supérieure est une porte d'entrée de la tuberculose, puisque c'est en partie sur la muqueuse pharyngée que viennent se fixer les poussières atmosphériques, entraînées dans les fosses nasales par l'inspiration. Elle peut aussi devenir une cause d'ozène. J'en ai observé un cas récent très concluant. Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, atteint d'une punaisie extrême; la rhinite atrophique n'existait pas. La rhinoscopie me permit d'apercevoir deux larges ulcérations de chaque côté de l'entrée des fosses nasales postérieures. Le traitement de ces ulcérations amena la guérison complète de l'ozène.

Le catarrhe chronique des méats, entretenu par la pharyngite supérieure, peut gagner le canal nasal, le sac, les canalicules, être la cause de ces sécrétions purulentes perpétuelles si redoutables pour les plaies cornéennes qui aboutissent, trop fréquemment à la perte de l'organe de la vision.

Pour les granulations il en est de même; on néglige d'exami-

ner le pharynx des sujets atteints de granulations des paupières, et inversement les paupières des gens atteints de pharyngites granuleuses. J'ai vérifié que les deux organes sont atteints simultanément dans la moitié des cas. Le pharynx nasal est un lieu de prédilection pour les granulations où on les laisse trop tranquilles. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elles se propagent aux organes voisins.

Pour me convaincre de la vérité de ce que j'avance, j'ai fait le relevé des malades nouveaux venus à ma clinique pendant les trois premiers mois de cette année. J'en ai trouvé 408. Sur ce nombre, 60 étaient atteints à la fois d'affections du pharynx, des yeux et des oreilles. Cette moyenne de 15 pour cent a une réelle importance, puisque les 75 pour cent autres avaient tous une des affections énumérées plus haut.

Dans ces soixante cas, presque toujours le pharynx avait été organe primitivement atteint. Une tige recourbée, recouverte, d'ouate aseptique, portée derrière le voile du palais, était toujours retirée imprégnée d'une sécrétion muco-purulente qui devenait sanguinolente en frottant plus fortement. C'est au moyen de cette ouate portée dans le pharynx nasal que je complète mon diagnostic. C'est, aussi, par des badigeonnages, des frictions de toute la muqueuse rétro-nasale, que la guérison s'obtiendra le plus promptement. On peut faire de même disparaître les végétations en nappe, sans un appareil instrumental effrayant.

Le traitement de la pharyngite supérieure doit donc consister en irrigations d'arrière en avant, au moyen d'une longue canule recourbée introduite derrière le voile du palais et qui permettra d'irriguer largement avec une solution antiseptique non irritante. Après l'irrigation, il faut écouvillonner plus ou moins fort, suivant la nature et la profondeur des lésions, puis, enfin, bien badigeonner avec un mélange caustique ou astringent. La glycérine iodée au 1/20^e et l'acide lactique au 1/6^e qui ne tache pas le linge m'ont donné d'excellents résultats.

Malheureusement ce traitement n'est pas facile, les parents le font mal, les enfants s'y refusent et les praticiens en province ne peuvent l'appliquer d'une manière suivie. Cependant les résultats qu'on obtient avec ce procédé sont très concluants. Sans la persévérance et la régularité dans les irrigations et les badigeonnages du pharynx nasal, on n'arrivera pas à la guérison complète. Le mal sommeillera dans quelque repli de muqueuse pour reparaitre à la moindre occasion et produira, au moment où l'on s'y attendra le moins, des complications désastreuses

dans les organes voisins, complications qu'on eût certainement évitées en faisant dès le principe un traitement énergique de tout le pharynx supérieur.

Discussion.

M. RAUGÉ. — La forme de pharyngite supérieure décrite par M. Vacher était désignée, il y a quelques années, sous le nom d'inflammation de la bourse de Luschka ou de maladie de Tornwaldt. Je félicite M. Vacher de n'avoir même pas prononcé ce nom. Nous savons tous, en effet, maintenant, à quel point était chimérique cette conception ingénieuse de Tornwaldt. Il n'y a pas d'inflammation de la bourse de Luschka, pour la bonne raison qu'il n'y a pas de bourse de Luschka. Je suis heureux d'avoir autrefois contribué à montrer, dans un travail publié il y a quelques années dans le *Bulletin médicale*, que cette cavité décrite d'une façon si précise par Luschka n'existe pas. Ce qui existe, dans l'amygdale pharyngée, ce sont des cryptes irréguliers, comme ceux de l'amygdale palatine. Ce sont ces cryptes qui s'enflamment dans la pharyngite supérieure, et la forme que vient de nous décrire M. Vacher, est en somme, une amygdalite chronique de la troisième amygdale, un catarrhe de l'amygdale pharyngée.

M. VACHER. — Je répondrai à M. Raugé, que je n'ai pas parlé de l'amygdale de Luschka, parce que dans certains cas de pharyngite rétro-nasale je ne l'ai pas trouvée et que je ne crois pas qu'elle soit, toujours, la cause de la pharyngite dont j'ai parlé. Je ne nie pas que, dans certains cas, ce soit de ce côté qu'il faut diriger le traitement. Je tiens à insister sur les complications qui accompagnent cette pharyngite, soit du côté des yeux, soit du côté du larynx. On touche trop souvent au larynx ; c'est un organe qu'il faut beaucoup ménager ; au contraire, il faut agir énergiquement sur les parties voisines et, surtout, sur le pharynx nasal. On peut bien le dire, trop souvent les médecins négligent l'examen de cette région soit avec le doigt, soit au moyen de la rhinoscopie, et sans aucun doute un certain nombre de maladies des yeux et du larynx, sont le résultat de pharyngite nasale méconnue.

M. GUILLAUME, (de Reims). — Je suis absolument de l'avis de M. Vacher. Pour moi, beaucoup de cas de laryngites ou de phénomènes congestifs de l'organe vocal proviennent d'inflammations chroniques du pharynx nasal. On y remédie avec avantage en

modifiant la muqueuse par le massage, soit avec des tampons antiseptiques, soit avec le doigt antiseptisé.

**Présentation d'une curette pour l'ablation
des végétations adénoïdes.**

M. VACHER présente une curette d'un nouveau modèle qu'il a fait construire chez Luër. Cette curette présente cette particularité, que le manche et la curette proprement dite, sont indépendants l'un de l'autre. La curette adaptée au manche s'articule à la façon du miroir frontal. Il s'agit là d'une sorte d'énarthrose. Cette disposition permet de donner au tranchant de l'instrument, la direction et l'inclinaison que l'on désire. De plus, au lieu d'avoir plusieurs manches, suivant l'âge du malade à opérer, il suffit de fixer au manche la curette appropriée. Enfin, on peut fixer sur l'instrument, soit la curette latérale d'Hartmann, soit la curette antéro-postérieure de Gottstein.

Réflexes amygdaliens.

M. JOAL (du Mont-Dore). — Au début de sa communication, l'auteur rappelle ses travaux antérieurs sur l'œsophagisme dans les maladies du nez et de la gorge, c'est ainsi qu'il a publié à diverses reprises, des cas de dysphagie qui étaient sous la dépendance manifeste de lésions nasales. En 1890, à la réunion annuelle de la Société de laryngologie, il a communiqué deux faits de spasmes œsophagiens liés à l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Aujourd'hui il apporte deux nouveaux cas de réflexes différant dans leurs effets, mais ayant tous deux pour point de départ une irritation de l'amygdale palatine.

Observation I. — Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, qui présentait tous les symptômes d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage; on avait, sans succès, fait suivre à la malade toutes les méthodes de traitements, depuis les antispasmodiques jusqu'au cathétérisme, en passant par l'électricité. Tout était devenu inutile.

On ne trouve rien à noter du côté des antécédents héréditaires. La malade a eu plusieurs angines, avant la puberté, elle fut atteinte de cette affection, plusieurs fois dans le même hiver, et on pratiqua, même, l'amygdalotomie, mais du côté droit seulement. La malade est très nerveuse, très irritable.

Les premiers troubles dysphagiques datent de deux mois. Elle

eut, à cette époque, à la suite d'un refroidissement, du coryza et une inflammation de toute la partie supérieure de l'arbre respiratoire. Il y eut un peu de fièvre, de la douleur à la déglutition, puis peu à peu ces symptômes s'amendent, lorsque tout à coup éclatèrent les troubles dysphagiques.

La malade éprouva, d'abord, une sensation de constriction au niveau de la gorge ; il y eut ensuite difficulté d'avaler les solides, puis les liquides. De temps à autre cependant la déglutition des potages ou du lait resta possible. L'auteur essaya le cathétérisme sans pouvoir arriver à passer une bougie olivaire de moyenne grosseur.

Rien du côté du nez. La rhinoscopie antérieure et la rhinoscopie postérieure montrent que tout est à peu près normal. Il en est de même pour la base de la langue, au niveau de laquelle on ne constate aucune hypertrophie de l'amygdale linguale.

En revanche, toute la moitié gauche du pharynx est remplie par une amygdale hypertrophiée, volumineuse, remplie de cryptes. L'amygdale est dure, rouge, enflammée. On prescrit des gargarismes et des badigeonnages à la cocaïne. Immédiatement les accidents s'amendent, la malade peut de nouveau s'alimenter. On tente de réduire l'hypertrophie au moyen de cautérisations au galvano-cautère. Mais quelques heures après l'intervention, les accidents reparaissent avec une intensité formidable, on revient au traitement antiphlogistique, puis on pratique l'amygdalotomie. Pendant 48 heures, il y eut, après l'opération, des accidents spasmodiques, puis peu à peu tout rentre dans l'ordre et aujourd'hui la malade est absolument guérie.

Nul doute qu'on ne se soit trouvé ici en présence de troubles dus à l'amygdale hypertrophiée. Les détails de l'observation le prouvent amplement. Cette observation de réflexes dus à l'amygdale palatine, n'est d'ailleurs pas unique dans la littérature médicale. Le Dr Senez, en 1893, publia dans sa thèse inaugurale, un fait semblable à celui qui vient d'être rapporté. Il s'agit d'un marin qui présentait, pendant quatorze ans des troubles œsophagiens et dont l'état s'améliora considérablement après l'ablation de l'amygdale palatine. Trousseau, dès 1848, citait des faits semblables, mais il les attribuait à une propagation de l'inflammation à la muqueuse œsophagienne. Depuis, aucun observateur n'a fait mention de ces accidents, et il était utile de mettre ces faits en lumière, car ils présentent, suivant l'auteur, un réel intérêt.

Observation II. — Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une inflammation aiguë des amygdales, eut de la névralgie intercos-

tale. Chez ce malade, on constata en dehors de toute complication pulmonaire un violent point de côté qui se développa le troisième jour d'une amygdalite aiguë. On crut à des accidents pleuraux ou pulmonaires. L'auscultation la plus attentive ne décela rien de pareil. De plus, les accidents apparaissaient chaque fois que l'amygdale était le siège d'une irritation. Il y a donc bien là la relation de cause à effet. La névralgie intercostale, dans ce cas, doit être rattachée à l'inflammation des tonsilles.

M. Joal conclut ainsi : ces cas d'œsophagisme et de névralgie intercostale sont les seuls que nous avons rencontrés depuis 1888, époque à laquelle nous nous sommes mis à la recherche des manifestations réflexes d'origine amygdalienne. Il y a donc lieu de les considérer comme très rares. Elles sont, en tous cas, moins fréquentes que d'autres névropathies, la toux, l'asthme, par exemple, que nous avons observées plusieurs fois.

Un point de la bactériologie des fosses nasales.

MM. MOURE et SABRAZÈS (de Bordeaux). — M. Moure rapporte le cas d'une malade atteinte de polypes muqueux du nez. En arrière de ces derniers, existaient des matières caséuses qui furent examinées par le Dr Sabrazès. Elles contenaient des globules de pus, des cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse libre et des capitules d'aspergillus, sans spores. Les essais de culture étant restés infructueux, malgré les précautions prises et les essais faits peu après l'ablation de ces masses des cavités nasales, les auteurs pensent que ces champignons avaient succombé sous l'action bactéricide du mucus nasal, ainsi que le démontrent les récentes expériences de Wurtz et Lermoyez.

Résultats de l'intubation du larynx.

M. BONAIN (de Brest). — Commencant par décrire les instruments d'O'Dwyer, M. Bonain s'arrête quelque peu sur les détails de fabrication du tube le plus employé, celui de section elliptique et à remplacement bilatéral. Il est de la plus grande importance de posséder des tubes construits de façon irréprochable, tels que ceux fabriqués par Ermold de New-York sur les indications précises d'O'Dwyer. Beaucoup d'imitations de ces tubes, qui se trouvent dans le commerce, seraient défectueuses et dangereuses. Plusieurs modifications ont aussi été apportées, par

divers praticiens, aux tubes d'O'Dwyer ; elles ne font, en général que reproduire des défauts déjà corrigés par O'Dwyer lui-même.

L'intubation s'affirme, actuellement, comme l'intervention de choix dans le croup. Plusieurs hôpitaux d'enfants à l'étranger, l'ont adoptée depuis déjà quelques années.

Les statistiques d'ensemble nous montrent que l'intubation donne des résultats supérieurs ou au moins égaux à ceux de la trachéotomie.

En tous cas, pour les enfants en bas âge, au-dessous de trois ans par exemple, la supériorité des résultats de l'intubation est incontestable, une statistique obtenue par deux auteurs américains, Naughton et Maddren, à l'aide d'une enquête à laquelle ont répondu plus de 290 médecins. donne les chiffres suivants : pour la trachéotomie, 2417 cas avec 586 guérisons, soit 24, 2 % de succès ; pour l'intubation 5546 cas avec 1691 guérisons, soit 30, 5 %.

Une autre statistique importante et plus récente, est celle de Rauke, de Munich, qui, à l'aide d'une enquête semblable faite dans les pays de langue allemande, a obtenu les chiffres suivants : pour la trachéotomie, 1118 cas avec 435 guérisons, soit 38, 9 % de succès ; pour l'intubation 1324 cas avec 516 guérisons soit 39 % de succès.

Dans le cours de la première année, la proportion des guérisons pour la trachéotomie est de 5, 4 % ; pour l'intubation elle est de 14 %. De 1 à 2 ans, le chiffre des succès s'élève pour la trachéotomie à 25 % et pour l'intubation à 32 %.

Une des rares statistiques portant sur des résultats obtenus par l'application des deux méthodes de traitement pendant la même épidémie, sur le même nombre d'enfants à peu près du même âge, c'est-à-dire dans les conditions aussi exactes que possible de comparaison, est celle de Ganghofner, de Prague, dont le chiffre des intubations pour croup atteint actuellement 498 avec 213 guérisons soit 42, 7 % de succès. Dans une même épidémie, donc, ce médecin a pratiqué la trachéotomie sur 45 enfants âgés de 14 mois à 6 ans, et l'intubation sur 42 enfants âgés de 9 mois à 6 ans. Des trachéotomisés, 4, soit 8,8 % guérirent ; des intubés, 8, soit 19, 5 % furent sauvés (21 fois la trachéotomie secondaire fut pratiquée et tous ces opérés succombèrent).

Il faut remarquer qu'en général, la comparaison établie entre l'intubation et la trachéotomie n'est pas toujours aussi exacte. La trachéotomie se fait assez rarement au-dessous de 2 ans, et

très rarement au dessous d'un an ; l'intubation, au contraire, se fait à tout âge. Souvent aussi la trachéotomie n'est pas pratiquée quand l'état général du petit malade est tel, que l'opération n'a évidemment aucune chance de succès ; l'intubation se pratique même dans ces cas, sans espoir, comme simple soulagement à apporter au malade.

Si l'on peut admettre que dans un service d'hôpital, ou dans certains cas privilégiés de la pratique privée, chez les enfants au-dessus de 3 ans, la trachéotomie puisse donner d'aussi bons résultats que l'intubation, il n'en est pas de même dans la pratique courante, pratique, s'exerçant dans toutes les conditions et dans tous les milieux. Journellement, nombre d'enfants atteints de croup, meurent, faute d'intervention contre la sténose laryngée qui les asphyxie, soit que la trachéotomie soit refusée par les familles, soit que le médecin recule devant la pratique de cette opération ; c'est que la trachéotomie n'est pas une des moins délicates ni des moins émouvantes de la chirurgie. Devant la nécessité d'une telle intervention et des soins consécutifs qu'elle entraîne, bien des difficultés encore s'élèvent fréquemment, surtout dans les familles peu aisées. Je crois que l'intubation peut en résoudre beaucoup. Intervention simple, rapide, facilement acceptée, n'exigeant pas la présence d'aides spéciaux, sa technique n'a rien qui puisse effrayer le praticien le plus timoré, à condition toutefois, qu'il ait pris au préalable, une connaissance bien approfondie.

Les deux seuls accidents réellement sérieux auxquels l'intubation puisse donner lieu, au moment où elle est pratiquée, sont la syncope et l'asphyxie due, soit au refoulement de la fausse membrane, soit plutôt à des manœuvres maladroites et trop longtemps prolongées. Ces accidents lui sont communs avec la trachéotomie ; ils sont pourtant moins fréquents et plus facilement évitables que dans cette dernière opération qui, malheureusement a tant d'autres accidents ou inconvénients à son actif.

L'obstruction du tube pendant le cours du traitement est très rare, et ses conséquences peu dangereuses, avec le maintien du fil de sûreté à demeure, qui paraît avoir été érigé en règle par la plupart des médecins d'Europe.

Jusqu'à ce jour, j'ai pratiqué vingt-trois fois l'intubation dans le croup, soit deux fois dans le croup d'emblée. c'est-à-dire sans manifestation pharyngée de la diphtérie et vingt et une fois dans le croup consécutif à une diphtérie du pharynx. J'ai obtenu sept guérisons chez des enfants âgés de 20 mois à 10 ans,

et une guérison chez un enfant âgé de 11 mois, soit en tout une proportion de 34, 7 % de guérisons. J'ai lieu d'être satisfait de ces résultats, la diphtérie étant à Brest très meurtrière et la trachéotomie n'y donnant guère, en moyenne, dans la pratique privée plus de 15 % de guérisons.

Je résumerai comme il suit, les avantages que présente l'intubation dans le traitement du croup.

1° C'est une intervention simple, rapide, facilement acceptée des familles.

2° Elle soulage aussi efficacement et plus rapidement que la trachéotomie, la dyspnée due à la sténose du conduit laryngo-trachéal.

3° Elle n'exige pas la présence d'aides spéciaux et peut se faire dans tous les milieux.

4° L'expectoration est plus facile par le tube d'O'Dwyer que par la canule trachéale à cause de la force expulsive de la toux, plus considérable par le tube que par la canule, tant à cause de la direction rectiligne et l'étroitesse relative de son conduit, que par la situation plus élevée de son orifice supérieur. Le drainage de la trachée et des bronches se trouve ainsi mieux assuré.

5° Les complications pulmonaires sont moins fréquentes, l'air passant par ses voies naturelles, et le danger d'infection des poumons par une plaie voisine de l'entrée des bronches se trouvant supprimé.

6° L'intervention n'étant pas sanglante, c'est pour les tout jeunes enfants surtout, la suppression d'une cause d'affaiblissement.

7° Les soins consécutifs sont plus simples et à part l'intervention du médecin quand il y a lieu, se bornent à l'alimentation et à la surveillance du malade.

8° L'enfant intubé peut converser à voix basse avec ceux qui l'entourent et leur exprimer ses besoins et ses désirs.

9° Une fois la liberté du conduit laryngo-trachéal rétablie et le tube extrait, la convalescence est plus rapide. On n'a pas à craindre la formation de bourgeons trachéaux ou de rétrécissements cicatriciels, et le malade n'est pas exposé à rester atteint d'une infirmité pénible et dangereuse, comme celle du port longtemps prolongé, quelquefois indéfini, de sa canule.

10° Il n'existe pas de cicatrice au cou.

11° Enfin en cas de nécessité, la trachéotomie peut être pratiquée, le tube servant alors utilement de guide pour cette opération. Ajoutons que la trachéotomie secondaire est très rarement suivie de succès.

En dehors de la diphtérie, les services rendus par l'intubation sont aussi dès maintenant très appréciables. Ici l'emploi de la cocaïne et du miroir laryngien peut rendre encore plus facile cette intervention, utilisable en général, dans presque tous les cas de sténose aiguë où la trachéotomie reconnue urgente n'est pas immédiatement praticable, elle a donné de bons résultats dans un certain nombre d'affections où jadis la trachéotomie, pratiquée comme opération palliative, devait souvent être complétée par une autre intervention telle que la dilatation par la méthode de Schrötter. L'intubation est en effet souvent en même temps palliative et curative.

Je me bornerai à citer les cas de sténose aiguës ou chroniques dans lesquels l'intubation a rendu des services.

Comme sténoses aiguës : les sténoses syphilitiques ou tuberculeuses d'allure aiguë ; la laryngite sous-glottique, les brûlures, les fractures du larynx.

Comme sténoses chroniques : les sténoses syphilitiques cicatricielles, celles dues à la présence de papillomes multiples, au spasme des adducteurs, à la paralysie des abducteurs, à la pachydermie enfin les sténoses consécutives à la trachéotomie faite soit pour croup soit pour tout autre affection, par exemple les sténoses spasmodiques, cicatricielles ou dues à la formation de bourgeons charnus ou granulomes.

M. CARTAZ. — Je ferai une remarque sur la très intéressante communication de notre confrère. Pourquoi se sert-il sans cesse du mot anglais *intubation* ? Il semble qu'ici le mot tubage soit tout indiqué. Cette opération est d'origine toute française.

M. BONAIN. — J'emploie le mot intubation parce qu'il est devenu dans notre littérature comme dans la littérature étrangère d'un usage courant auquel j'ai cru devoir me conformer.

M. CARTAZ. — Le tubage est peu pratiqué en France, on l'a essayé dans quelques hôpitaux, à Trousseau notamment, mais on peut dire en résumé qu'on a de plus en plus abandonné depuis quelques années la pratique mise en honneur par O'Dwyer.

M. BONAIN. — Beaucoup de médecins l'emploient dans leur pratique et s'en trouvent bien. J'ai fait ressortir de mon mieux les avantages de la méthode, je n'y reviendrai pas. Si on l'abandonne, c'est peut être parce qu'elle exige une certaine habileté, un certain tour de main facile d'ailleurs à acquérir. En tous cas je crois, dans bien des cas, l'intubation supérieure à la trachéotomie.

De la tuberculose laryngée primitive acquise par cohabitation.

M. CADIER. — Depuis le mémoire que j'ai lu sur ce sujet en 1890 à la Société médico-pratique, j'ai observé, tant à ma consultation de Villepinte que dans ma clientèle, plus de cent nouveaux cas de phthisie laryngée acquise par cohabitation, dont soixante ont pu être suivis pendant une durée variant de 5 mois à 4 ans.

D'après ces observations, le début de cette affection a lieu par le bord interne des bandes ventriculaires qui sont rouges et légèrement gonflées près de l'ouverture des ventricules. Le bord externe des cordes vocales est également rouge et la muqueuse prend un aspect un peu chagriné, dépoli, avec une teinte opalescente. Peu à peu ces érosions envahissent toutes les bandes ventriculaires et les cordes vocales sur lesquelles on peut apercevoir par places un peu de desquamation épithéliale. L'espace interaryténoïdien et les éminences aryténoïdes deviennent alors plus rouges et très légèrement tuméfiées.

Pendant toute l'évolution de cette période, je n'ai jamais pu constater la présence de bacilles dans les crachats. Comme symptômes, les malades éprouvent non pas de l'enrouement, mais plutôt une voix un peu assombrie et un peu plus sourde ; il semblerait que le gonflement des bandes ventriculaires vienne remplir le rôle de sourdine et diminuer l'intensité des vibrations des cordes vocales. Par moment la voix a tendance à baisser, comme s'il se produisait une paresse momentanée des cordes vocales.

En examinant le larynx pendant les efforts d'aspiration, on peut remarquer que les cordes vocales s'écartent un peu moins bien qu'à l'état normal, ce qui doit occasionner au malade un peu d'insuffisance respiratoire.

Ces différentes modifications se montrent beaucoup plus accentuées dans le chant, et c'est sur des chanteurs que j'ai pu les étudier les premières fois, mais elles peuvent être appréciées même dans la parole. Ces lésions laryngées s'accompagnent de toux sèche et quinteuse, de chatouillements et de picotements à la gorge, surtout après avoir parlé, et l'on constate de légères moiteurs, de petits accès de fièvre avec fatigue.

La percussion et l'auscultation la plus minutieuse ne font découvrir aucun signe du côté des poumons. Si l'on continue à observer ces malades, on voit peu à peu les lésions laryngées augmenter d'intensité, la rougeur s'accroît et s'accompagne de desquamation épithéliale avec érosions, sur certains points ; aspect

helvétique de la commissure postérieure et gonflement de l'espace interaryténoïdien. L'exulcération envahit ensuite les couches superficielles, puis profondes de la muqueuse et l'on peut alors constater de véritables ulcérations tuberculeuses.

A cette période, je n'ai plus rien constaté de particulier, nous voyons évoluer alors la phtisie laryngée classique, et le plus ordinairement les lésions pulmonaires deviennent très manifestes.

Traitement. — L'origine de cette affection étant connue, la première chose à faire est d'empêcher la cohabitation et de faire lit, ou mieux chambre séparée, et pratiquer des pulvérisations antiseptiques dans la chambre. En raison de la localisation qui reste longtemps exclusivement laryngée, le traitement local aura une importance capitale. Deux moyens d'action seront employés : les cautérisations ou applications topiques locales deux ou trois fois par semaine, et les pulvérisations ou fumigations deux ou trois fois par jour. Comme application topique locale, après avoir essayé tous les médicaments préconisés depuis une dizaine d'années, j'en reviens toujours avec succès aux applications de vaseline créosotée à 1/20, 1/15 ou même 1/10, que j'ai préconisées dès l'année 1878 et qui continuent depuis seize années à modifier rapidement les manifestations tuberculeuses laryngées et me donnent les meilleurs résultats. S'il y a toux fréquente et picotement de la gorge, j'applique de la morphine, de la cocaïne. Je fais faire des pulvérisations au chlorure de zinc, à l'arsenic ou à la créosote, et si en même temps le traitement hygiénique est bien suivi, j'arrive, dans 80 pour 100 des cas, à une amélioration ou à une guérison rapide.

Conclusion. — Il ressort de l'examen de nos observations, que la tuberculose acquise par cohabitation débute le plus ordinairement par les parties supérieures du larynx (bandes ventriculaires, faces supérieures des cordes vocales) ; que dans le plus grand nombre des cas elle reste assez longtemps localisée au larynx, que, pendant cette période, elle peut être diagnostiquée par un examen laryngoscopique attentif. Et qu'en raison de cette localisation, cantonnée pendant un certain temps dans les régions accessibles pour le laryngologiste aux moyens directs d'applications topiques et de pulvérisations, on peut dans le plus grand nombre des cas enrayer et guérir ces premières manifestations tuberculeuses. Mais, pour obtenir ce résultat, il est important de commencer le traitement aussi près que possible du début de l'inoculation tuberculeuse, et l'examen laryngoscopique peut seul per-

mettre de constater les lésions laryngées du début, et de faire ainsi un diagnostic précoce.

Sur un cas de rhinolithe.

M. NOQUET (de Lille). — La question des rhinolithes n'est pas nouvelle. En effet, vers 1502 Mathias de Gardi publiait une observation de pierre dans les fosses nasales. On peut dire cependant, que l'étude des concrétions calcaires des cavités du nez ne date que de ces dernières années. Et cela n'a rien d'étonnant, si l'on songe que la rhinologie est pour ainsi dire d'hier. Nos pères se trouvaient dans des conditions trop défectueuses au point de vue de l'exploration, pour avoir pu faire œuvre réellement utile de ce côté. Alors pas d'éclairage, tout était livré au hasard. Ce n'est qu'en s'aidant des méthodes nouvelles, que l'on a pu examiner avec succès les cavités nasales, et découvrir les signes d'affection qui jusqu'alors passaient inaperçues. Ceci nous explique aussi pourquoi les observations de rhinolithes se sont multipliées seulement depuis quelques années. Il serait trop long de citer tous les auteurs qui se sont occupés de la question. On trouvera leurs noms dans tous les traités classiques ou dans les journaux spéciaux.

Toutefois il est juste de rappeler ici la remarquable étude de notre regretté collègue le Dr Charazac. Citons encore les observations de Ruault et de Moure. Ce dernier auteur publia même une étude chimique et bactériologique d'une concrétion calcaire qui s'était produite autour d'un caillot et qui renfermait dans sa masse les bactéries les plus diverses. Moi-même, j'ai déjà eu l'occasion de publier un fait de ce genre, et si je reviens sur la question, ce n'est point pour étudier en quoi que ce soit la pathogénie de ces calculs ni leur composition. Cette étude a été faite avant moi et il serait inutile de la reprendre après tant d'autres. Mon but est plus modeste, j'ai voulu simplement décrire un fait que j'ai observé et dont les symptômes m'ont paru présenter quelque intérêt. J'ajouterai que les rhinolithes sont rares, Ruault n'en a observé que trois cas sur trois mille malades. En ce qui me concerne, dans une pratique déjà longue, je n'en ai rencontré que deux cas. J'ai publié le premier en 1890. Voici le second. Je vous présente en même temps que l'observation, le rhinolithe extraite de la fosse nasale droite de la malade, une demoiselle âgée de 33 ans.

Ce rhinolithe rappelle assez exactement l'aspect d'une sphère

de 1 centimètre de diamètre environ, aplatie à l'un de ses pôles. Très dure et rugueuse, c'est par ce pôle aplati présentant des aspérités assez prononcées, qu'elle s'incrustait dans la muqueuse du plancher de la fosse nasale, immédiatement en avant de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Au moment de l'extraction, ce rhinolithé était recouvert d'une couche de mucosités très adhérentes, de couleur gris-verdâtre, qui s'étaient putréfiées et lui donnaient une odeur assez analogue à celle de l'ozène. Cette odeur, que l'on avait toujours considérée comme s'exhalant de la bouche ou de la gorge, tourmentait la malade depuis sa première enfance.

Elle avait suivi inutilement, pour faire disparaître cette odeur, une foule de traitements variés (gargarismes, poudres, extractions de dents cariées). L'ablation du rhinolithé amena une guérison radicale. Contrairement, du reste, à la plupart des rhinolithes, celui-ci ne produisait ni écoulement abondant, ni douleurs vives irrégulièrement intermittentes, s'irradiant vers le front, le cuir chevelu ou la région cervico-occipitale. A part quelques élancements légers dans la région frontale, ne se reproduisant que de loin en loin et pouvant être considérés comme insignifiants, le seul symptôme était la mauvaise odeur. Il est bon d'ajouter que la malade n'avait ni rhinite atrophique, ni ozène, ni pharyngite.

Deux cas de surdité hystérique.

M. CARTAZ. — Les accidents auriculaires, susceptibles d'être rattachés à l'hystérie, ont longtemps passé pour une manifestation rare de cette névrose. Cette rareté n'est qu'apparente, si l'on en juge par les nombreux faits rassemblés par le professeur Gradenigo dans un travail en cours de publication, dans les *Archivi italiani di otologia*. Dans ce mémoire, l'auteur a compulsé la plupart des mémoires anciens et modernes et montre que l'oreille est, à l'égal d'autres organes, sujette à des troubles variés. Cependant, les accidents de surdité plus ou moins complète associés à des manifestations sérieuses de l'hystérie, telles que le mutisme, les troubles oculaires, sont relativement peu nombreux.

Dans mon mémoire sur le mutisme hystérique (*Progrès médical*, 1886), j'avais mentionné deux faits de surdi-mutité. M. Gradenigo en a recueilli une quinzaine, je renverrai le lecteur à son travail pour les indications bibliographiques et l'étude générale

de ces accidents, me contentant d'exposer les deux faits que j'ai observés.

Observation 1. — Surdi-mutité d'origine hystéro-traumatique. —

M^{lle} L..., âgée de 16 ans, m'est amenée par sa mère au mois de décembre dernier. Depuis deux jours elle ne peut plus parler et elle n'entend absolument rien. Bien portante, la jeune fille est réglée depuis trois ans, mais la menstruation a été irrégulière pendant les premiers mois et, de temps à autre, elle est prise, aux époques, d'une sorte de torpeur avec envie de pleurer sans aucun motif; jamais de crises nerveuses proprement dites. La mère, c'est elle-même qui le raconte, est un peu nerveuse. Le père ne semble présenter aucune trace névropathique.

Il y a deux jours, dans la soirée, à la suite d'une vive discussion avec une camarade d'atelier, la jeune fille reçut sur la joue gauche, en matière de conclusion, un vigoureux soufflet. Etourdie un instant, elle se leva brusquement de sa place, partit sans mot dire et rentra chez elle en courant. A son arrivée, elle se met à fondre en larmes. La mère s'empresse auprès d'elle et ne peut obtenir aucune réponse. La malade fit des mouvements des lèvres comme pour parler; il ne sort aucun son. Elle semble ne pas entendre ce qu'on lui dit. Elle prend un verre d'eau additionné de fleur d'oranger et va se coucher. Elle s'endort profondément jusqu'au lendemain.

Au réveil, la surdi-mutité est aussi absolue que la veille. La malade fait des signes, et quand elle est parvenue à faire comprendre qu'elle veut écrire, elle trace sur le papier ces mots: je suis sourde, je ne peux plus parler. M. (ici le nom de sa camarade) m'a tuée.

La journée se passe tranquille. La malade mange sans grand appétit et demande qu'on la laisse en repos.

Le lendemain, la mère que j'avais soignée quelque temps auparavant pour des accidents de catarrhe tubaire, la conduit chez moi. Je constate les signes classiques du mutisme: efforts vains pour parler, absence d'émission de son au mouvement des lèvres, conservation de l'intelligence et réponse rapide par l'écriture. De plus la malade est absolument sourde; elle n'entend ni la montre, ni la voix, ni le diapason. Nous conversons ensemble par écrit et elle me raconte qu'elle ne souffre pas, qu'elle n'entend pas, qu'elle ne peut pas parler et qu'elle éprouve une lassitude considérable.

L'examen fait constater une hémianesthésie totale du côté

gauche du haut en bas. Aucune lésion des deux oreilles, ni du côté du pavillon, ni du côté du conduit externe. Le tympan a sa coloration et sa position normales. L'oreille gauche est également anesthésique comme le tégument de ce côté. La sensibilité de l'oreille droite est normale.

Du côté de la gorge, anesthésie très marquée du voile du palais et du pharynx, aussi bien du côté droit que du côté gauche. Rien au larynx.

Il semblait bien qu'il s'agit là d'une manifestation hystérique à l'occasion du traumatisme et de l'émotion qui a précédé et suivi cette violence. Je lui écris que je vais la guérir. « Je ferai tout ce que vous voudrez, m'écrit-elle, pour sortir de là. »

La jeune fille est très intelligente et répond nettement (toujours par écrit) à ce que je lui demande sur mon papier. Elle est aussi précise que sa mère sur l'absence de tout accident nerveux antérieur. Je porte un courant de moyenne intensité sur la paroi pharyngée, l'autre pôle appliqué sur le cou. « Vous me faites mal, me crie-t-elle aussitôt d'une voix claire. » Je lui écris qu'il est nécessaire d'être un peu patiente et qu'elle va entendre. Je lui affirme à nouveau qu'elle va guérir. Soit effet suggestif, soit plutôt effet de l'excitation galvanique, la malade crie encore et dit qu'elle entend. La mère lui parle et elle répond distinctement.

La guérison a été rapide et définitive : il n'y a pas eu de rechutes. Je prescrivis un traitement hydrothérapique et reconstituant, et la malade partit enchantée de ce résultat.

Le second cas a trait à une association plus rare, et qui n'a pas laissé que de m'embarrasser beaucoup pour correspondre avec la malade. Il s'agit, en effet, d'un cas de cécité et surdité également d'origine hystérique.

Observation II. — Cécité et surdité hystériques. — M^{me} X., entre 35 et 40 ans, très nerveuse, mais n'ayant jamais eu de troubles oculaires ou auriculaires, ni de grandes crises hystériques. A la suite d'une violente émotion, elle éclate en sanglots, est prise de spasme nerveux ; la crise dure une heure et elle va se coucher fort surexcitée. Les troubles du côté de la vue et de l'oreille sont-ils survenus à ce moment ? je n'ai pu le savoir d'une façon exacte. Toujours est-il que le lendemain au réveil, la malade se met en colère contre sa femme de chambre, en lui demandant pourquoi les rideaux ne sont pas ouverts et pourquoi elle ne lui répond pas. La femme de chambre la re-

garde effarée, car la chambre est largement éclairée ; les rideaux sont relevés, et elle lui a parlé quatre ou cinq fois sans obtenir de réponse. Au bout de quelques minutes, d'elle-même la malade dit qu'elle est aveugle, qu'elle ne voit rien sur son lit et s'écrie qu'elle n'entend rien.

Elle était en effet aveugle et sourde ; mais la nature hystérique de ces accidents se décélait à première vue.

On ne pouvait en effet approcher de son lit, frôler les couvertures, émettre le plus léger souffle dans la direction du visage ou des mains, sans qu'elle se raidit et fût prise d'un léger tremblement. Il existe une hyperesthésie généralisée qui se réveille au moindre attouchement du lit, au moindre courant d'air.

L'examen des yeux et des oreilles, assez pénible pour la malade en raison de cette excitabilité hyperesthésique, ne révèle aucune lésion. Le passage d'une lumière devant l'œil provoque des mouvements de spasme généralisé ; de même, la voix ou un bruit près de l'oreille provoque des soubresauts, mais sans perception d'aucun son.

J'étais fort embarrassé, après cet examen, pour converser avec la malade. J'avisai, dans un coin de la chambre, une lame métallique de 40 centimètres de long qui avait servi de cercle pour un cache pot. Je l'appliquai par une extrémité contre le pavillon de l'oreille et je percutai l'autre extrémité avec une clef. La malade se plaignit d'un bruit assourdissant et demanda qui sonnait des cloches. J'essayai alors d'appliquer la montre sur ce même point, et le tic tac fut perçu. Je parlai alors contre cette lame, téléphone improvisé, et j'eus la satisfaction de voir que la conversation était possible.

Ces expériences grossières venaient confirmer, s'il en avait été besoin, la nature hystérique des accidents.

On était, à l'époque où j'observai cette malade, dans la période d'étude de l'action des aimants sur les hystériques, je fis prendre deux énormes aimants chez M. Ducretet et on les appliqua sur les deux côtés du corps. Fût-ce le résultat de l'action des aimants, fût-ce tout autre cause, toujours est-il que l'hyperesthésie disparut en quelques heures. Le lendemain matin, la vue et l'ouïe étaient revenues *ad integrum* presque subitement.

La malade n'a pas eu à nouveau d'accidents de ce genre.

Discussion.

M. CASTEX. — Ces observations peuvent-elles être rangées dans la catégorie des troubles que l'on a désignés sous le nom d'hystéro-traumatiques ?

M. CARTAZ. — La première oui, mais la deuxième non. C'est en se réveillant que la dernière malade a constaté la perte de l'ouïe et de la vue.

M. CASTEX. — Ces malades étaient-elles des névropathes ?

M. CARTAZ. — Sans doute, cependant elles n'avaient jamais eu de crises à proprement parler.

M. CASTEX. — Je pose cette question parce que j'estime qu'elle a son importance au point de vue médico-légal. Il est intéressant à ce point de vue, de savoir si ces accidents se produisent chez des sujets ayant eu des manifestations nerveuses ou non.

M. CARTAZ. — Au point de vue de l'état névropathique, je n'ai noté ici que la torpeur et l'état particulièrement excitable de l'une de mes malades, au moment des règles. J'ai observé à la Salpêtrière, une femme chez laquelle les accidents survinrent brusquement à la suite d'un traumatisme. L'hystérie existait ici, semble-t-il, à l'état latent, puisqu'il il n'y avait eu antérieurement aucun signe de névrose.

M. RAUGÉ. — Nous connaissons de nombreuses observations de mutité hystérique ; mais M. Cartaz vient de nous montrer que ce n'étaient là que des cas particuliers d'une série de faits beaucoup plus large. L'hystérie peut toucher fonctionnellement tous les points de la substance corticale. Les troubles sensoriels centraux qu'elle produit, peuvent s'associer de façon très différente. Enfin l'on pourrait dire que cela nous permet d'expliquer à la mère non seulement pourquoi « votre fille est muette » mais encore pourquoi elle est sourde et aveugle.

M. CASTEX. — Y avait-il des lésions du tympan ?

M. CARTAZ. — Non, il y avait seulement insensibilité de la membrane tympanique.

Cas de corps étranger des voies aériennes.

M. GUILLAUME (de Reims). — Le 20 mars, un enfant de 5 ans nous est amené par ses parents comme ayant avalé un tube de verre à extrémité effilée, avec cette particularité, que le tube de verre est très fragile.

L'enfant a déjà pris deux vomitifs lorsqu'il entra à la clinique chirurgicale de M. le professeur Decès. Il y avait du tirage épigastrique et sus-claviculaire. La percussion était normale. A l'auscultation, on entend quelques râles disséminés dans la poitrine; pas de bruit de choc ou de drapeau, pas de bruit de sifflet; l'expectoration qui est peu abondante, est striée de sang. La douleur est localisée derrière le sternum. La voix n'est que peu altérée. La toux peu fréquente n'a aucun caractère particulier.

Les accès de suffocation, fréquents à l'arrivée du petit malade, cessent lorsqu'on l'a laissé tranquille un instant et, dans les heures suivantes, il se produit un calme relatif, qui serait trompeur, si on n'était pas prévenu. Au laryngoscope, malgré les défenses de l'enfant, que l'on arrivait parfois à faire cesser en attirant vivement son attention, on voyait nettement qu'il n'y avait rien au-dessus des cordes vocales.

Nous n'avons pas pratiqué le toucher digital, le laryngoscope nous ayant montré qu'il était inutile.

Nous fîmes la trachéotomie 8 heures après l'accident, la tête étant dans la position la plus déclive possible, le malade n'étant pas chloroformé.

Rien ne sortit, même en maintenant la tête basse, l'écarteur dans la plaie trachéale et cela malgré la toux du malade.

Le malade fut laissé avec la canule à trachéotomie dans la trachée.

Le lendemain, le malade ayant la tête basse, nous introduisîmes une sonde demi-molle dans la partie supérieure de la plaie trachéale, la sonde repassa par la bouche assez facilement sans amener la sortie d'aucun corps étranger. Nous remîmes la canule en place.

Le troisième jour, la fièvre s'était allumée; un noyau de broncho-pneumonie s'était déclaré en bas et en arrière du poumon droit. L'enfant succomba le 8^{me} jour. L'autopsie fut impossible, M. Gentin, l'interne du service, put cependant constater qu'en pressant sur le thorax, il sortait par la plaie trachéale une mousse muco-purulente au milieu de laquelle se trouvent quelques débris de verre très petits qui se réduisaient en poudre au moindre contact.

On trouva dans la plaie trachéale une partie du tube restée intacte. Elle s'était déplacée sous l'influence des secousses assez fortes que l'on avait imprimées au cadavre pendant son transport de la clinique à la salle des morts. A la moindre pression, ce bout de tube s'écrasa entre les doigts. Pour nous, les vomitifs ont été nuisibles, car ils ont contribué à la fragmentation d'une

partie du tube. Ces fragments ont été inonder les bronches d'une pluie de poussière de verre, ils se sont localisés comme cela arrive le plus souvent en bas, à droite et en arrière.

Nous croyons qu'il y aurait avantage à immobiliser son malade en le chloroformant et la tête étant le plus bas possible, à imprimer à l'opéré de violentes secousses.

Nous croyons également, qu'au lieu de la canule trachéale ordinaire, il y aurait avantage à maintenir dans la trachée deux dilateurs unis par des cordons liés derrière le cou ; on donnerait ainsi à la plaie trachéale son maximum de béance.

Abcès chaud rétro-pharyngien.

M. BELLIARD (de Lyon). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'abcès rétro-pharyngien qui me paraît digne d'être rapporté, ne serait-ce que pour montrer l'efficacité et l'innocuité de l'incision par la voie buccale. Il s'agit d'un petit garçon de deux ans et demi, très bien portant jusque-là, qui dans la nuit du 11 au 12 février 1893 fut pris d'une agitation marquée. Le 12, l'enfant était abattu, il avait la peau moite et chaude, il tenait la tête fortement inclinée sur l'épaule gauche, toute autre position étant douloureuse. Pendant 8 jours, ce torticolis persista, en même temps que se manifestaient des troubles de la déglutition très marqués surtout pour les aliments solides.

Le 22 février, l'enfant paraissant plus gai, ne présentant plus de torticolis depuis deux jours, on le sortit malgré l'abaissement de la température. La nuit du 22 au 23 fut très agitée, et les jours qui suivirent, la fièvre reparut plus intense vers le soir. Le torticolis avait disparu, mais la dysphagie avait augmenté, et des troubles de la respiration et de la phonation se montrèrent le 23 et s'accrochèrent les jours suivants. L'enfant ronflait très fort la nuit, sa voix était nasonnée. Tels sont les renseignements que me fournirent les parents.

Lorsque je vis le petit malade le 27 février dans l'après-midi, c'est-à-dire 15 jours après le début de l'affection, je trouvai un enfant au facies pâli, anxieux par instants, respirant très mal avec un bruit de sifflement particulier. La voix était nasonnée, *voix de canard* des auteurs. La fièvre intense. Les mouvements de la tête étaient libres. Pas d'engorgement ganglionnaire du côté des régions sus ou sous-hyoidiennes, tout au plus un empatement profond au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche.

L'examen de la bouche me montra que les dernières molaires venaient de percer. Au niveau des molaires, du côté gauche surtout, les gencives étaient tuméfiées. Pas d'amygdalite, mais simplement une rougeur assez marquée de l'isthme du gosier tout entier. Enfin ce qui frappait surtout en abaissant légèrement la langue, c'était la saillie de la paroi postérieure du pharynx, venant repousser en avant le voile du palais et s'accoler à la base de la langue. Cette saillie, plus prononcée à gauche, partait du pilier postérieur avec lequel elle se confondait sans limites nettes et se portait vers la droite pour arriver presque au contact du pilier postérieur droit.

En ce point existait une dépression formée par la muqueuse du pharynx dans sa situation normale. En haut et en bas, la tumeur était cachée à la vue par le voile du palais et la base de la langue. La muqueuse recouvrant cette saillie était rouge, luisante, d'aspect tendre. De plus, en abaissant fortement la langue, on pouvait distinguer, un peu à droite de la ligne médiane, une teinte jaunâtre donnant l'impression d'une muqueuse amincie derrière laquelle se trouve du pus. Par le toucher, je limitai une tumeur de la grosseur d'une noix environ, tumeur rénitente et fluctuante, d'une fluctuation spéciale, comparée avec raison au ballottement céphalique.

Le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien, me paraissant certain, je proposai aux parents de l'ouvrir immédiatement, en raison des troubles sérieux de la respiration. Avec un bistouri dont je limitai l'action, je fis sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de la ligne du voile du palais, une incision verticale de 7 à 8 millimètres à travers laquelle sortit un pus bien lié et fétide. Cette ouverture ne me paraissant pas suffisante, j'introduisis entre les lèvres de la plaie l'extrémité d'un disciseur mousse, tranchant sur sa concavité, et j'agrandis l'incision verticalement en bas, de façon à lui donner une étendue de un centimètre et demi environ. Cette petite manœuvre détermina un effort de vomissement qui amena le pus dans la bouche et au dehors. Je vidai l'abcès aussi complètement que possible en pressant sur sa paroi antérieure à trois reprises différentes. Chaque fois les efforts du vomissement amenèrent le pus au dehors.

Je prescrivis un vomitif qui fut pris quelques instants plus tard, et un collutoire à l'aristol, en badigeonnages. L'enfant dormit très bien, la nuit. Le lendemain 28 février, j'exerçai de nouvelles pressions sur les parois de l'abcès qui avait considérablement diminué de volume. Le 1^{er} mars, les lèvres de l'incision

étaient accolées ; voyant qu'il existait encore en bas une légère saillie, j'ouvris les lèvres de la plaie avec un disciseur mousse et je fis sortir un peu de pus par la pression des parties déclives. L'enfant alla de mieux en mieux, et sans nouvel attouchement, il était complètement guéri 7 jours après l'ouverture de l'abcès. Voilà 15 mois de cela, et cet enfant n'a plus présenté le moindre accident, il est très vigoureux et très bien portant.

Permettez-moi de revenir sur quelques points concernant l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'affection qui fait le sujet de cette observation. Il me paraît hors de doute qu'il s'agissait ici d'un adéno-phlegmon rétro-pharyngien. Les anatomistes nous ont appris que les ganglions de cette région reçoivent les lymphatiques des fosses nasales, de l'isthme du gosier et aussi de l'oreille moyenne. Ici, pas de coryza, pas d'otite moyenne, pas plus que d'angine pouvant expliquer la production de l'adénite. Début brusque de la maladie par de la fièvre et du torticolis, et comme seule affection antérieure, de la gingivite liée à une éruption dentaire. Je suis donc tenté de croire que c'est l'éruption des dernières molaires qui a été la cause première de l'adénite, et je suis tout à fait partisan de l'idée émise par Broca, que si les abcès rétro-pharyngiens sont plus fréquents dans la première enfance, cela doit tenir à l'évolution des dents qui se fait à cette période de la vie.

A propos du *diagnostic*, je dois signaler en passant, que le médecin qui avait vu l'enfant plusieurs fois et le matin même du jour où j'ai ouvert l'abcès, ne s'était pas douté qu'il avait affaire à un abcès rétro-pharyngien ; tout ce qu'il a pu me dire, c'est qu'il avait cru à une simple angine, en raison de la rougeur du fond de la gorge. Inutile d'ajouter que l'examen avait été fait sans abaisse-langue et avec un mauvais éclairage. Ce diagnostic était cependant facile, du moins le dernier jour ; la fièvre, le torticolis, la dysphagie, les troubles de la respiration et de la phonation pouvaient mettre sur la voie ; mais la vue et le toucher permettaient de conclure sûrement à un abcès rétro-pharyngien. Il suffisait de se servir d'un abaisse langue et de bien éclairer le fond de la gorge à l'aide du miroir frontal, pour faire le diagnostic par la vue. Diagnostic confirmé par le toucher, qui permettait de se rendre compte de l'étendue de l'abcès.

Faut-il faire l'incision par la voix buccale ou vaut-il mieux recourir à l'incision cutanée ? Phocas après Watson Cheyne et autres a préconisé l'incision cutanée le long du bord postérieur du sterno-mastoidien. Il a pratiqué cette opération, dans un cas pu-

blié dans la *Semaine médicale* de 1892, et il s'en est bien trouvé. Il repoussa l'incision directe à cause de sa difficulté et de ses dangers.

Branthome, dans un article très sensé paru dans la *Semaine médicale* en 1893, estime avec raison que les difficultés de l'incision cutanée sont plus grandes, et à ce propos il cite le fait de deux chirurgiens des hôpitaux, qui n'ont pas pu arriver sur l'abcès par cette voie et furent forcés de recourir à l'ouverture directe par la bouche.

Les dangers d'hémorrhagie de l'incision directe sont nuls, s'il s'agit réellement d'un abcès rétro-pharyngien. Quant aux dangers d'infection, ils sont illusoires, si l'on songe combien on fait d'opérations sur la bouche, sans infection consécutive. Enfin, les dangers d'entrée du pus dans les voies respiratoires pouvant amener l'asphyxie ou la broncho-pneumonie, sont exagérés, et les cas publiés sont discutables. En effet, l'action réflexe vomitive projette le pus naturellement dans la bouche.

J'avoue que, pour ma part, je n'ai même pas songé, en voyant le pus sous la muqueuse, à aller le chercher par une voie détournée.

Il ne me paraît, du reste, pas absolument sans danger d'administrer du chloroforme à un enfant qui respire déjà très mal, et quoi qu'on dise, les dangers d'hémorrhagie me paraissent plus grands dans l'incision cutanée, bien qu'en agissant prudemment avec le doigt et la sonde cannelée on doive éviter la blessure des gros vaisseaux. De plus, cette opération nécessite des aides expérimentés, ce qui n'est pas à la portée de tous les praticiens.

Je n'ai pas éprouvé la moindre difficulté à ouvrir l'abcès, et voici comment j'ai procédé : l'enfant était assis en face de moi, sur les genoux d'un aide qui maintenait ses jambes emprisonnées entre ses genoux. Le bras droit de l'aide entourait la poitrine du petit malade et maintenait ses bras. De la main gauche appliquée sur le front de l'enfant, l'aide appuyait la tête du petit malade contre sa poitrine. Il le maintenait ainsi dans une immobilité suffisante. La lumière d'une bonne lampe réfléchie par le miroir frontal me donnait un éclairage satisfaisant, et l'abaisse-langue mis en place me permet de bien voir mon champ opératoire et de faire facilement la ponction et l'incision telles que je les ai décrites plus haut.

Un dernier reproche fait à l'incision buccale, c'est qu'elle nécessite des incisions multiples. Je n'ai eu recours ici qu'à une seule incision ; toutefois, si l'on jugeait que l'incision première

se referme trop vite, on pourrait, à l'aide d'un diviseur mousse, entr'ouvrir les lèvres de la plaie, manœuvre facile qui m'a très bien réussi dans ce cas.

En résumé, innocuité et facilité d'exécution de l'opération par la voie buccale lorsque l'abcès rétro-pharyngien se présente, comme c'est le cas le plus fréquent, en face de l'ouverture de la bouche.

Des abcès de l'amygdale linguale.

M. MOUNIER. — La communication de M. Ruault à la Société de laryngologie de Paris en 1891, puis son article du traité de médecine de Charcot et Bouchard, ont donné une idée de ce que pouvait être l'abcès de l'amygdale linguale.

L'étiologie semble pouvoir être rapportée dans tous les cas au froid, sauf dans l'observation de M. Cartaz, où l'abcès fut consécutif à une cautérisation de l'amygdale linguale hypertrophiée. Les phénomènes généraux sont assez marqués : céphalalgie, courbature, frissons ; mais ce qui prime tout dans l'état du malade, c'est la douleur extrême qu'il ressent à la déglutition et qui n'est nullement en rapport avec les lésions que laisse voir un examen du fond de la gorge.

On observe, en effet, seulement un peu de rougeur des piliers et du pharynx ; la langue est saine, le malade la remue sans difficulté ; les amygdales sont normales, et en face de lésions si bénignes, on est tout naturellement porté à faire le diagnostic d'angine rhumatismale.

La cause des douleurs à la déglutition ne peut être trouvée qu'au miroir laryngien. On voit alors, avec la plus grande facilité, une tuméfaction souvent du volume d'un œuf de pigeon, large à sa base, soulevant la muqueuse en avant de l'épiglotte dont elle fait disparaître le repli glosso-épiglottique médian et un des replis glosso-épiglottiques latéraux.

L'amygdalite linguale est toujours uni-latérale. L'épiglotte rouge peut être œdématiée. Elle l'est, en général, dans des proportions très minimes. L'abcès s'est ouvert spontanément dans tous les cas observés, et la durée de la maladie a été de 5 à 15 jours. Dans un cas, on a observé une récurrence 15 jours après la guérison, tenant surtout à l'insuffisance d'ouverture de l'abcès et à la persistance d'une fistule siégeant sur la partie latérale de l'amygdale linguale.

Nous avons relevé, pour notre compte, deux observations d'abcès de l'amygdale linguale, qui remontent à plusieurs mois

déjà. Elles sont absolument calquées sur celles déjà publiées ; ce qui montre bien que l'affection a une marche assez régulière.

Le premier cas a pu être suivi par nous, durant toute son évolution ; pour le deuxième, nous n'avons examiné le malade qu'après l'ouverture de l'abcès.

Observation I. — Jeune femme de 20 ans, habituellement bien portante, n'ayant jamais présenté ni hypertrophie des amygdales, ni affection nasale, est prise brusquement, un matin, au réveil, de douleurs à la déglutition.

Malgré une voix nasonnée et une sécrétion abondante de saive, notre confrère, le Dr Jouin appelé auprès de la patiente, n'ayant rien vu d'anormal après un examen du pharynx à l'abaisse-langue, avait mis les symptômes sur le compte d'une légère pharyngite qui existait alors. Comme sa cliente est très nerveuse, la grande gêne qu'elle accusait à la déglutition pouvait s'expliquer aisément.

A ce moment, il y avait un peu de fièvre et la médication prescrite consiste en un gargarisme et en cachets de sulfate de quinine. La dose prescrite fut de 0, 40 cent. par jour.

Ceci avait lieu le 7 juillet dernier ; le 10, j'étais appelé en hâte ainsi que notre confrère par l'entourage de la malade. Cette dernière ne pouvait plus avaler, respirait avec peine, bien que le poumon fût absolument sain, et se plaignait surtout d'une vive douleur au fond de la gorge et d'une sialorrhée intense et continue, ne permettant aucun instant de sommeil.

Le fond de la gorge était sain, les piliers gauches à peine rouges, les amygdales normales ainsi que la langue ; la voix était nasonnée comme dans l'amygdalite aiguë. Enfin, on observait dans la région sous maxillaire gauche, un léger empâtement douloureux à la pression.

Nous fîmes, séance tenante, l'examen au laryngoscope, et nous découvrîmes immédiatement la cause de tous les phénomènes observés.

Nous étions en présence d'une tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, située à la base de la langue, sur le côté gauche.

L'épiglotte, légèrement infiltrée, était fortement couchée sur l'ouverture du larynx dont on ne pouvait apercevoir que les aryténoïdes, avec une muqueuse rouge.

La teinte générale était le rouge vif, si ce n'est au niveau du centre de la tumeur linguale, où la coloration était bleuâtre.

L'exploration avec le doigt indiquait une légère rénitence.

Etant donné le peu d'œdème de la glotte et l'intégrité de la muqueuse aryénoïdienne, nous nous sommes contentés d'ordonner à la malade des pulvérisations antiseptiques, 6 à 7 par jour, au moyen du pulvérisateur à vapeur, avec des solutions d'eau phéniquée à 1 0/0 et de résorcine à 1 0/0.

Comme nous l'avions prévu, le surlendemain, l'abcès s'ouvrait spontanément à la suite d'un effort fait par la malade pour expectorer les mucosités épaisses qui lui emplissaient constamment l'arrière gorge.

Nous avons pu, quelques heures après l'ouverture de l'abcès, examiner au miroir laryngien la base de la langue, et constater au stylet, que nous pénétrions de 1/2 centimètre environ dans une cavité dont nous faisons encore sourdre du pus.

La tuméfaction de la base de la langue avait beaucoup diminué et la douleur sous-maxillaire gauche avait disparu.

L'amygdale linguale, dans la partie droite non malade à ce moment, nous a paru hypertrophiée.

La température avait, dans le cours de cette affection, atteint 39°, et était tombée à la normale, dès la rupture de l'abcès.

A aucun moment, les ganglions du voisinage n'ont été pris.

Cinq jours après, tout était terminé.

Observation II. — Le malade, sujet de cette observation, est un homme de 41 ans, qui souffrait depuis 8 jours de la base de la langue dans tous les mouvements de déglutition et même en parlant. L'alimentation était devenue difficile et la nourriture depuis 3 jours se composait exclusivement de liquides.

L'état général restait assez bon, sauf un léger mouvement fébrile vers la fin de la journée.

L'affection avait débuté brusquement et le malade la mettait sous le compte d'un coup de froid.

La salivation était exagérée, et depuis deux jours les crachats avaient un goût horrible; ce nouveau phénomène avait coïncidé avec une légère détente dans la douleur.

Les amygdales, les piliers, la langue étaient normaux.

Au laryngoscope seul, on découvrait une amygdale linguale hypertrophiée dont la partie gauche, plus saillante, présentait une légère ulcération couverte d'un enduit grisâtre, où un stylet pénétrait comme dans le cas précédent de 1/2 centimètre environ.

Sous l'influence de quelques pansements au salol camphré et

de gargarismes phéniqués, toutes les douleurs cessaient au bout de deux jours, et la partie gauche de l'amygdale linguale diminuait considérablement de volume.

Le tout était terminé au bout de 8 jours.

Le malade, très robuste, n'avait jamais eu de syphilis, comme l'examen de cette ulcération aurait pu le faire croire.

La portion non enflammée de l'amygdale linguale était hypertrophiée.

Les deux observations que nous présentons sont loin, à notre avis, d'être des raretés, ainsi que l'examen de la littérature médicale semblerait le prouver, puisque nous n'avons relevé que cinq observations citées par Ruault dans sa communication à la Société de laryngologie de Paris en 1891, puis une de MM. Cartaz et Luc, enfin une de M. Hélaré parue en décembre 1892 dans ces *Annales*.

Nous pensons que bien des cas d'abcès de l'amygdale linguale doivent passer inaperçus, en raison de leur peu de gravité habituelle, et des légers phénomènes inflammatoires du côté du pharynx, sur le compte desquels on doit mettre souvent tous les phénomènes présentés par le malade.

Le pronostic doit cependant être réservé, eu égard à la proximité du larynx et d'un œdème possible de la glotte, bien qu'on n'ait rien noté de semblable jusqu'à ce jour. Dans le cas de gêne respiratoire nous n'hésiterions pas pour notre part à ouvrir largement l'abcès au galvano cautère, en raison surtout de la région qui est assez vasculaire et de l'action favorable de la cautérisation sur la régression du lobe hypertrophié.

Sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal et en particulier sur leur diagnostic et leur traitement par la pulpe de l'index.

M. GUILLAUME. — Beaucoup de personnes sont atteintes de végétations adénoïdes, sans le savoir, et sans en éprouver la moindre gêne apparente; d'autres, au contraire, n'ayant dans leur nasopharynx que des végétations peu abondantes, sont atteintes de symptômes auriculaires, pulmonaires ou laryngés appréciables. Nous appellerons les premiers adénoïdiens latents et les seconds adénoïdiens manifestes. Entre ces deux catégories bien distinctes peuvent se placer un certain nombre de cas intermédiaires où on ne rencontre que des symptômes peu appréciables.

Il nous a été donné de pouvoir examiner avec le doigt le pharynx d'une famille représentée par trois générations. Nous

avons pu constater combien les tumeurs adénoïdes sont héréditaires et voir ces végétations à l'état latent chez les uns, à l'état manifeste chez les autres.

L'aïeul était un adénoïdien extrêmement sourd à tympan scléreux dont les végétations quoique peu abondantes existaient encore très manifestement. Elles ont été enlevées par le grattage à la *curette* suivi d'écrasement avec la pulpe de l'index.

La génération intermédiaire avait des végétations un peu plus abondantes ; une personne sur deux était sourde, c'est-à-dire à type adénoïdien manifeste. Une autre était presque un adénoïdien latent car il n'éprouvait aucun symptôme si ce n'est qu'il était atteint de rhinites fréquentes.

Quant à la génération la plus jeune, les tumeurs adénoïdes y étaient énormes, mais à l'état de latence, c'est à-dire que sauf les attributs du lymphatisme les représentants de cette génération ne présentaient aucun symptôme.

Beaucoup d'auteurs comme Bartholi, Sallard considèrent l'écrasement des végétations adénoïdes du pharynx nasal par le doigt comme un procédé imparfait et pénible. Châtelier et Moure regardent le procédé comme inutile et parfois dangereux. Nous voulons montrer au contraire les avantages que l'on peut retirer de l'usage du doigt, soit comme moyen de diagnostic, soit comme moyen de traitement.

Nous ne repoussons nullement l'usage du miroir, comme moyen de diagnostic, mais chez les jeunes enfants peu dociles où à gorge irritable, le toucher est beaucoup plus commode. Il se pratique avec la pulpe de l'index que l'on a antiseptisée ; celle-ci doit parcourir non seulement les ouvertures postérieures des fosses nasales, mais aussi les faces latérales, supérieures et postérieures du pharynx, et pour celle-ci, il est nécessaire que la pulpe de l'index soit tournée en arrière. Ce procédé nous a permis de sentir d'une façon très nette des gonflements de la muqueuse pharyngée ou de l'amygdale de Luschka qui n'avaient pas été vus à la rhinoscopie postérieure. En résumé, c'est avec la pulpe et non avec la rainure de l'ongle que doit se faire le diagnostic. Chez les adultes le diagnostic de végétations doit être soupçonné, non seulement à la suite des symptômes analogues à ceux qu'on observe chez les enfants, mais souvent aussi lorsqu'on trouve des signes d'obstruction des trompes et dans ce cas le cathétérisme est souvent difficile et la sonde tachée de sang à son extrémité. Le procédé que j'indique offre en tous cas le grand avantage de la simplicité et de la commodité. Si le doigt

employé seul comme nous allons le voir sert à faire l'opération des végétations, il peut servir aussi à finir l'opération lorsqu'elle a été commencée avec la curette ou avec la pince. Il nous assure de la guérison complète, c'est-à-dire qu'il nous permet de voir si l'adénoïdien manifeste n'a pas été transformé en adénoïdien latent susceptible de redevenir manifeste à la suite d'une cause quelconque, le refroidissement par exemple.

L'écrasement par le doigt doit être précédé de plusieurs lavages du nez avec le siphon de Weber en usant des solutions boriquées à 2 ou 3 % ou de sublimé au 3 ou 4 millième. On ordonnera au malade de priser de l'aristol pendant 2 ou 3 jours. Les mains de l'opérateur seront très minutieusement savonnées et brossées ; les ongles en particulier seront l'objet des plus grands soins. Elles seront trempées dans la liqueur de Van Swieten et passées dans de la poudre d'aristol. L'index droit avec lequel on opère, aura son ongle coupé ras, car c'est avec la pulpe et non avec l'ongle que l'on doit agir, ce n'est pas un raclage, c'est un *écrasement* que l'on doit pratiquer.

Le malade est assis devant l'opérateur ; la tête fortement renversée en arrière doit être maintenue par un aide. On met ainsi le cavum, autant que cela est possible, dans le prolongement de la bouche. Un écarteur maintient la bouche ouverte ; le plus souvent il est inutile de se servir d'abaisse langue. Le doigt est introduit derrière le voile du palais, butte sur la face postérieure du pharynx, se replie la face palmaire en arrière et écrase les végétations adénoïdes médianes et latérales. L'opération dure en moyenne de 8 à 12 secondes. On pratiquera ensuite le mouchage unilatéral et on fera avec précaution des douches naso-pharyngiennes. Nous savons que beaucoup d'auteurs en sont les ennemis déclarés. Nous en sommes partisans à la seule condition qu'elles soient très bien faites : le médecin doit les faire pratiquer la première et la seconde fois devant lui. Des insufflations antiseptiques et des gargarismes à l'eau de guimauve boriquée ou sublimée sont également très utiles.

Pour s'assurer que la perméabilité des fosses nasales est obtenue, ce qui arrive après l'écrasement des végétations adénoïdes, à moins d'avoir à faire à des cornets ou des amygdales palatines fortement hypertrophiées, on fait pincer les deux lèvres recolées avec les deux mains, on maintient le pincement au moins deux minutes, le malade ne doit pas éprouver de gêne. Cependant, d'après nous, la méthode par le doigt ne doit pas s'ériger en méthode universelle, elle est contre-indiquée lorsque

la tumeur bornée par les végétations est dure, soit spontanément, soit comme nous l'avons vu après des cautérisations ; elle est également contre-indiquée lorsque les végétations sont considérables, surtout si elles sont réunies en une masse plus ou moins pédiculée, circonstance qui indique la curette ou la pince. La contre-indication dans ces cas ne vient que du nombre assez considérable de séances nécessaires pour faire disparaître les végétations.

Etant admis que la méthode par le doigt n'est pas la méthode de choix pour les végétations dures ou très grosses, nous allons passer en revue les diverses objections que l'on oppose à cette méthode.

1° On prétend que le traitement est trop long.

Cela n'est vrai que pour les végétations volumineuses ; pour les cas légers, et ceux-ci sont de beaucoup les plus fréquents, il suffit de une ou de deux séances d'écrasement. Lorsque l'on fait plusieurs séances, la première seule est pénible, et seule elle occasionne une hémorrhagie notable.

2° Il n'est pas possible de bien ménager les parties saines, en d'tachant avec l'ongle, les végétations.

A cette objection nous répondrons que nous n'arrachons pas, que nous écrasons et que d'autre part, nous croyons que le doigt est le plus intelligent et le plus docile des instruments.

3° Le doigt et surtout la rainure de l'ongle sont toujours largement fournis en microbes.

La rainure de l'ongle peut être rendu aseptique en coupant l'ongle ras et en savonnant bien le doigt, puis en trempant la main dans une solution de sublimé au 500° et en passant l'index dans l'aristol.

4° Le doigt peut être cruellement mordu.

Pour protéger le doigt, on prend une bande en tissu aseptique, on place le milieu de cette bande sur la face palmaire de la première phalange de l'index, on en croise les deux chefs sur l'articulation métacarpo-phalangienne, on contourne la main et on noue à la partie antérieure du poignet, on introduit un fragment de ouate au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. La main se trouve ainsi protégée à l'endroit où elle est le plus souvent mordue ; les écarteurs et l'habitude empêchent la morsure à un autre endroit.

5° Le traitement par le doigt est trop pénible.

D'après le dire de nos malades, le procédé est peu douloureux, on peut d'ailleurs employer soit la cocaïne, soit le bromure d'éthyle, soit même le chloroforme ou l'éther.

6° Le traitement est incomplet.

Si nous faisons un premier écrasement et que nous écrasions de nouveau 15 jours après, nous sommes sûrs de ne rien laisser ; la deuxième opération est à la fois un complément et un contrôle de la première. Un mois après nous introduisons l'index de nouveau, nous pouvons alors contrôler encore et être certain qu'il ne reste rien.

Il nous a été donné de voir des malades opérés par des chirurgiens distingués ayant employé le chloroforme et des pinces ; ces malades étaient des adénoïdiens manifestes devenus des adénoïdiens latents. Cela ne serait pas arrivé, si on avait eu recours aux écrasements ou contrôles successifs.

Conclusions. — Qu'elle agisse par écrasement, par massage ou par saignée, ou plutôt des trois façons à la fois, nous croyons que la méthode par le doigt, lorsqu'elle est indiquée a pour principaux avantages :

1° De permettre à l'opérateur de savoir très exactement ce qu'il fait et quoi qu'on puisse dire, de ne pas créer de lésions.

2° De déterminer peu d'hémorrhagie primitive, jamais d'hémorrhagie dans le courant de la journée qui suit l'opération et jamais d'hémorrhagies secondaires.

3° D'effrayer très peu les malades.

4° D'éviter les récidives en surveillant.

Hématome de la cloison des fosses nasales.

M. LACOEUR (de Toulouse). — L'auteur, après quelques considérations sur les accidents que l'on observe à la suite des traumatismes de la région nasale, rapporte l'observation d'une petite fille qui reçut un coup violent sur le nez. Il se déclara une épistaxis abondante, et peu de temps après survinrent dans chaque narine deux tumeurs qui amenèrent l'obstruction des fosses nasales. Les phénomènes douloureux disparurent assez rapidement, mais la gêne respiratoire persista. Le Dr Lacoear vit la malade à sa clinique un mois après l'accident. Il n'existait aucune douleur à la pression ; de chaque côté de la cloison on constatait une tumeur molle et fluctuante ; pas de communication entre les deux poches. L'incision donna issue à un liquide clair, légèrement rosé, et l'exploration permit de constater qu'il n'y avait aucune trace de lésions osseuses ou cartilagineuses. La guérison fut rapide. L'auteur recherche quelle était la nature de cette tumeur. Il ne pouvait être question que de quatre affections dont il fait le diagnostic différentiel :

l'abcès chronique, la péricondrite séreuse, la tumeur lymphatique, et l'hématome de la cloison. Malgré une ressemblance presque complète entre ce cas et celui qui a été décrit, sans preuves bien concluantes par le Dr Strazza de Milan sous le nom de tumeur lymphatique, il s'agissait, bien que la marche en fût peu ordinaire, d'un véritable hématome. Le liquide en effet examiné au laboratoire anatomo-pathologique de M. le Prof. Tapie n'était constitué que par du sang dont les éléments figurés étaient en voie de dégénérescence et de résorption. On ne doit donc pas dans les cas de ce genre s'en rapporter absolument aux apparences cliniques, mais compléter le diagnostic par l'examen histologique.

Les inhibitions auriculaires.

M. GELLÉ. — La caractéristique d'une inhibition est la suspension d'activité ou l'arrêt d'une fonction sous l'influence d'une excitation partie d'un organe. Cette action suspensive peut s'exercer d'un organe sur lui-même, par exemple un bruit trop fort supprimera la perception d'un bruit très faible. Il en est ainsi pour l'œil, une lumière intense nous empêche pour un instant de distinguer un objet peu éclairé.

L'organe de l'ouïe possède un pouvoir d'inhibition d'une activité remarquable. Brown-Séquard met le nerf auditif et les canaux semi-circulaires en première ligne quand il traite des organes susceptibles de causer l'inhibition. Les nerfs des cavités nasales ne viennent qu'en seconde ligne.

Nous savons aussi l'énergique influence des excitations du sens de l'ouïe. Elles sont la source d'une activité incomparable des fonctions nerveuses, de la calorification, des mouvements et des sentiments. Il serait trop facile de citer des exemples de l'influence du rythme et de la musique sur les hommes et leurs passions.

L'excitation normale possédant une telle force, on devait s'attendre à des effets redoutables de l'irritation ou de l'excitation anormale de l'appareil et du sens auditif, sur l'intelligence, le sentiment et les mouvements. La fonction de l'audition se trouble par l'excès de sensation sonore quand celle-ci a trop de durée ou encore lorsqu'elle a trop d'intensité. Les bourdonnements, le vertige, et quelques autres malaises en sont les symptômes. Le propre de l'inhibition d'origine auriculaire est qu'elle frappe au foyer même des synergies et des fonctions nerveuses. Elle abat du même coup et paralyse toutes les forces.

Mais l'audition peut être atteinte par des inhibitions nées d'autres organes, et c'est un cas fréquent. Enfin une oreille est quelquefois inhibée par l'autre sous l'influence d'une excitation anormale de celle-ci, vu la synergie des organes paires. Parfois il s'agit d'un trouble fonctionnel de l'ouïe, d'un bourdonnement qui s'oppose à la fonction et la supprime momentanément. Fait remarquable, un bruit extérieur dominant éteint cette sensation subjective incommode et permet la perception ; c'est le cas de bien des sourds. Le bruit subjectif suspend l'audition comme une douleur vive empêche le toucher ou toute autre fonction. Supprimez la douleur, tout renaît.

Certains sujets, les neurasthéniques, les hystériques sont particulièrement influencés par les excitations de l'acoustique dans le sens de l'inhibition, on pourrait les appeler des « inhibotropes ». L'hyperexcitabilité de ces individus fait de toutes les excitations le point de départ de phénomènes d'arrêts fonctionnels.

Cette sensibilité malade succède aux affections aiguës graves de l'oreille, la grippe nous a laissé toute une catégorie de ces névrosés, à troubles de l'ouïe persistants, à la fois, cause et effet d'inhibitions. Les grandes commotions nerveuses amènent les mêmes perturbations et l'arrêt de la fonction auditive, qu'il y ait eu auparavant lésion otique ou non. Une explosion, par exemple, peut agir en lésant l'oreille et à la fois en paralysant le sens de l'ouïe par le choc nerveux central. Il est alors délicat de faire exactement la part des deux éléments inhibitoires. On observe en clinique que ces sourds sont particulièrement améliorés par l'hydrothérapie.

Chacun sait à quel point l'attention concentrée peut suspendre l'audition ; la préoccupation fait de même. Si l'oreille est déjà affaiblie, les phases d'activité fonctionnelle des principaux viscères agissent de semblable façon mais avec une plus grande intensité encore. Faut-il rappeler ce qui se passe chez le malade qui a de mauvaises oreilles pendant la digestion, chez la femme pendant la grossesse ? En clinique, on observe des altérations de l'ouïe d'origine réflexe dans les ulcérations laryngées, dans celles de l'isthme du pharynx qui causent aussi de lotalgie, dans la carie dentaire, etc.

Les inhibitions dont le point de départ est auriculaire sont plus fréquentes encore et plus intenses peut-être. Un corps étranger, un bouchon de cérumen, l'introduction du spéculum auril ont pu causer l'aphonie subite, la toux spasmodique, la gêne de la déglutition constante. Toutes les causes et elles sont nom-

breuses de compression du labyrinthe ou mieux de tension anormale de l'appareil auditif prédisposent à de l'incapacité centrale, à la lourdeur de l'intelligence, à l'obtusion des idées. Chez certains individus ces phénomènes acquièrent une intensité remarquable. La cause enlevée, la fonction repart et l'individu dès ce moment annonce qu'il est plus maître de sa pensée et qu'il a recouvré ses facultés. J'ai vu la pression digitale exercée au méat suspendre une hallucination auditive et les bourdonnements qui l'accompagnaient. Le même procédé a fait parfois cesser les bruits subjectifs dans l'oreille opposée. Dans l'otite suppurée aiguë ou chronique, les troubles de la vue, du côté de l'oreille malade, sont bien connus. D'autre part, l'activité vasomotrice est vivement influencée dans les affections du labyrinthe, la pression sur l'étrier injecte la conjonctive. Dans l'otite scléreuse, les troubles de la circulation capillaire sont parfois très accusés. La rougeur du pavillon d'un côté, coïncide avec une recrudescence de l'affection. L'injection de la moitié correspondante de la face a été observée par moi deux fois. De même, j'ai cité l'anesthésie hémi-faciale, intervenant sous l'action des irrigations dans l'otorrhée. L'état syncopal, l'incapacité de se tenir debout dans les affections du labyrinthe sont les éléments mêmes du vertige de Ménière, tout choc sur l'oreille interne peut amener de grandes perturbations de l'équilibre, les vomissements et de grands troubles circulatoires. On observe tous les degrés de ces phénomènes inhibitoires en pathologie otologique ; quand l'affection est aiguë et bilatérale les inhibitions fonctionnelles peuvent aller jusqu'à l'incapacité de la station et de la cérébration ; il s'en suit un état d'émotivité qui peut aller jusqu'à l'agoraphobie. La grippe auriculaire a fourni une quantité de malades de cette catégorie.

Tout récemment chez un opéré de polypes multiples récidivants de l'oreille gauche, nous avons pu observer le développement d'une exophtalmie double sans changement du pouls, sans augmentation de volume du corps thyroïde. Depuis longtemps les médecins auristes ont constaté la sécheresse de la gorge chez les malades atteints de lésions anciennes chroniques des oreilles. Cette inhibition sécrétoire est telle que l'acte de la déglutition est parfois difficile à répéter par eux dans l'épreuve de Politzer. Cette action inhibitoire s'étend aux glandes de la peau du conduit qui devient d'une sécheresse caractéristique dans la sclérose otique. Ces fonctions renaissent rapidement dès qu'on a pu modifier l'état de l'organe et améliorer la fonction.

Dans un autre ordre d'idées, les affections de la muqueuse du pavillon tubaire causent la parésie des muscles staphylins sous-jacents, source commune d'autophonie et d'aphonie assez fréquentes. Faut-il citer encore les troubles causés par la propagation d'une otite à la corde du tympan. Nous trouverions ici et le défaut de salivation et la sécheresse manifeste du bord de la langue du côté de l'oreille malade. Nous pourrions parler encore du torticolis par parésie du sterno-mastoidien du côté de l'oreille affectée.

Nous ne pouvons oublier les troubles de la gustation si fréquents dans les affections chroniques suppuratives ou non des organes de l'ouïe. Ce que nous venons de dire des irritations de la corde du tympan en donne l'explication la plus simple.

A cette longue énumération des actes inhibitoires qui prennent leur origine dans une affection des oreilles, on doit ajouter l'inhibition de l'un des organes par l'autre. On a observé depuis longtemps, après certaines opérations ou après la guérison d'une oreille, une amélioration de l'audition évidente dans l'oreille opposée. On doit admettre que les affections unilatérales peuvent agir en diminuant ou en suspendant la fonction auditive voisine même dans l'organe sain. Et à plus forte raison cette perte sera sensible s'il y a lésion des deux côtés. C'est ce que la clinique montre journellement et j'ai entretenu récemment la Société de biologie d'un fait de cet ordre. C'est ainsi que la commotion du labyrinthe d'un seul côté a pu être suivie de l'abaissement extrême de l'audition par une action inhibitoire sur le côté non blessé.

Déformation de la face et obstruction des voies respiratoires supérieures.

M. LAVRAND (de Lille). — Le facies adénoïdien est très connu : bouche ouverte, nez mince, aplati transversalement ; pommettes plates ou creuses, palais en ogive. Voilà pour la face. On sait que le thorax (côtes, sternum, colonne vertébrale) est, lui aussi, modifié dans sa forme ⁽¹⁾ à cause du mode respiratoire particulier qui s'établit dans ces cas. La face subit-elle des altérations dans son squelette, ou bien l'aspect que l'on constate n'est-il qu'une apparence ? n'est-il dû qu'aux parties molles ? On croit généralement que les sinus maxillaires sont arrêtés dans

(1) Nous avons étudié le mécanisme de ces déformations in *J. des sc. méd. de Lille*, nos 51 et 52, de 1893 : Déformations thoraciques et obstruction des voies respiratoires supérieures, par H. Lavrand.

leur développement. Or, des mensurations faites par l'auteur sur une *quarantaine de cas* environ, il résulte que les pommettes sont bien aplaties, mais que le maxillaire n'a pas subi d'arrêt de développement au niveau des sinus. Les pommettes sont plates ou creuses parce que l'abaissement habituel du maxillaire inférieur tire les muscles et par conséquent supprime les reliefs, d'où aplatissement des pommettes.

Dans le maxillaire supérieur on note des déformations, mais elles siègent au niveau de l'arcade dentaire et de la voûte palatine. En effet, chez les sujets qui respirent ordinairement par la bouche, les dents sont mal placées ; puis l'arcade dentaire forme un V au lieu d'un U, et ce V est rétréci au niveau des prémolaires ; enfin le palais est ogival. Le palais se trouve rétréci transversalement, les mensurations le montrent, c'est pourquoi il apparaît en ogive. La preuve : sa profondeur qui semble très exagérée demeure normale ; il y a là un simple effet de perspective.

L'arcade dentaire est rétrécie par la raison que les muscles de la joue, qui vont du maxillaire supérieur à l'inférieur sont allongés par suite de l'ouverture constante de la bouche ; ils constituent des sangles élastiques tendues qui pressent contre le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Les dentistes le savent bien ; quand ils veulent introduire le doigt entre les joues et les dents, ils font toujours fermer la bouche pour éviter la sangle formée par la joue tendue. Cette sangle empêche donc le développement du maxillaire, et l'on observe, sur les nombreux moules que nous avons pris, un rétrécissement marqué de l'arcade dentaire supérieure au niveau des prémolaires. Pourquoi en ce point ? Parce que la portion antérieure développée plutôt chez l'enfant résiste mieux, et aussi parce que la sangle musculaire agit plus sur les prémolaires que sur les autres dents.

Conclusions :

1° Les sinus ne sont pas modifiés dans leur développement.

2° Seules, la voûte palatine et l'arcade dentaire supérieure sont rétrécies.

3° Le mécanisme est le suivant : la bouche étant ouverte, les joues constituent deux sangles musculaires, c'est-à-dire élastiques, tendues, qui repoussent l'arcade dentaire supérieure en dedans.

4° Les pommettes sont aplaties tout simplement parce que les muscles à leur niveau sont tirillés ; par suite le relief est supprimé.

5° Ces déformations squelettiques et musculaires sont d'autant

plus marquées que le sujet a été atteint plus jeune d'une obstruction plus considérable des voies respiratoires supérieures.

6° Pour éviter ces déformations il ne suffit donc pas de rétablir la perméabilité des voies, il faut encore obtenir de l'enfant la respiration nasale avec fermeture habituelle de la bouche.

Un cas d'empyème des cellules ethmoidales accompagné de nécrose de la partie osseuse, externe des fosses nasales.

M. RAOULT (de Nancy). — Il s'agit d'une enfant de 8 ans, présentant une fistule en dedans de l'angle interne de l'œil gauche. Cette fistule a succédé à un abcès qui s'est produit au cours de la scarlatine. Un chirurgien fit une première intervention, ouvrit l'abcès, mais la fistule persista. L'enfant était atteinte en même temps de larmoiements, ce qui pouvait faire croire à un abcès du sac lacrymal, mais en même temps elle présentait un gonflement du cornet inférieur du même côté, et la narine laissait écouler un pus jaune épais.

L'auteur fit une première intervention en pratiquant le curettage de la fistule et en drainant cette dernière, mais la suppuration se reproduisit. Il fut obligé d'avoir recours à une seconde opération, dans laquelle il élargit l'orifice de la fistule osseuse au moyen de la gouge; puis il pratiqua le curettage des portions osseuses nécrosées, comprenant la lame orbitaire de l'ethmoïde et les cellules ethmoidales, en ouvrant un large orifice dans la fosse nasale. Au bout d'un mois l'enfant était guérie, gardant seulement un peu de suppuration qui s'écoulait, par le méat moyen.

Laryngopathie des tuberculeux

M. HELME. (Ce mémoire sera publié ultérieurement dans les *Annales*).

M. CARTAZ, président remercie encore une fois ses collègues du zèle qu'ils ont apportés à suivre les débats. Le bureau met aux voix pour la session de 1893 la question suivante :

Troubles neuro-moteurs du larynx

M. RAUGÉ (de Challes) est nommé rapporteur.

NOUVELLES

La 5^e réunion annuelle des *Otologistes et Laryngologistes Belges* aura lieu à Anvers le dimanche 17 juin à l'hôpital Sainte-Elisabeth, dans la clinique otolaryngologique (entrée rue Léopold), sous la présidence du Dr W. SCHLEICHER.

La première séance se tiendra de 11 heures à midi et demi, et la seconde à 2 heures et demi.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Ordre du jour de la séance du 4 mai :

De l'orientation auditive, par BONNIER. — Suppuration de l'attique (période aiguë) par CHATELLIER. — De l'eczéma du conduit auditif, par HERMET.

La « *Pennsylvania State Medical Society* » s'est réunie à Philadelphie les 15, 16, 17 et 18 mai 1894. Parmi les communications annoncées, nous relevons :

Traitement de la coqueluche, par W. C. HOLLOPETER (Philadelphie). — Thyroïdectomie, par J. B. ROBERTS (Philadelphie). — Maladies de l'oreille, par S. MAC CUEN SMITH (Philadelphie). — Vertige tympanique, par CH. BURNETT (Philadelphie). — Massage dans le traitement du tintement d'oreilles, par L. F. LAUTENBACH (Philadelphie). — Chirurgie intra-nasale, par W. H. DALY (Pittsburgh).

Le comité d'organisation du *Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine*, qui doit se tenir à Boulogne-sur-mer du 25 au 29 juillet prochain, de concert avec les présidents d'honneur M. le Professeur VERNEUIL et M. le Dr BERGERON, a mis les questions suivantes à l'ordre du jour :

De l'influence du traitement marin dans les tuberculoses ;

Indications et contre-indications du traitement marin.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr G. HOUZEL, secrétaire général, 4, rue des Vieillards, à Boulogne-sur-mer.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

Le 2^e dîner statutaire de l'Association a eu lieu le 11 mars 1894 au restaurant Marguery sous la présidence de M. DE RANSE. Dix-sept membres assistaient à cette séance.

Le secrétaire général a fait part de ce qui s'est passé depuis la dernière réunion et des démarches qu'a nécessitées l'envoi en Russie de la brochure imprimée pour perpétuer le souvenir du Banquet offert sous l'initiative de l'Association par le corps médical français aux médecins de l'escadre russe. Il a donné ensuite communication de la lettre de remerciements du Czar, reçue par l'intermédiaire de l'Ambassade de Russie.

Sur la proposition de M. Rollet, l'Assemblée a décidé de souscrire la somme de 50 francs pour le monument Diday à Lyon. M. Gouguenheim a fait son rapport sur la candidature de M. le Dr M. Natier, rédacteur en chef de la *Rev. intern. de laryngologie et d'otologie*, et, à l'unanimité, M. Natier a été admis comme membre de l'Association.

Le Dr CÉZILLY, syndic sortant a été réélu à l'unanimité et félicité pour le dévouement qu'il apporte à la bonne gestion des fonds de l'Association.

Puis il a été décidé que les secrétaires généraux de Sociétés savantes ne pouvaient, dans aucun cas, être assimilés à des Directeurs de journaux.

Au cours de cette réunion, MM. Laborde et M. Baudouin ont raconté de quelle cordiale façon les représentants de l'Association avaient été accueillis à Rome à l'occasion du dernier Congrès par les journalistes médicaux italiens et signale l'organisation d'un *Comité provisoire international* chargé d'étudier les voies et moyens d'assurer le service de la Presse dans les prochains Congrès internationaux.

Une sous-commission, composée des membres français de ce comité international, MM. Laborde et Baudouin, et de MM. Janicot, Meyer et Bilhaut, a reçu la mission d'élaborer un projet qui sera présenté et discuté au prochain dîner.

Un comité vient de se former à Boulogne-sur-mer, sous le patronage de M. le Ministre de l'Intérieur et de la Municipalité de cette ville pour l'organisation d'une *Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie*, qui aura lieu du 15 juillet au 15 septembre 1894.

XVI^e CONGRÈS ANNUEL

DE L'AMERICAN LARYNGOLOGICAL ASSOCIATION

Tenu à Washington les 30 et 31 mai, et 1^{er} juin 1894.

Ordre du jour des séances.

Mercredi 30 mai.

Discours présidentiel, par D^r BRYSON DELAVAN

Communications.

I. Polypes du nez associés à l'ethmoïdite et traités par la résection du cornet moyen, par W. E. CASSELBERRY. — II. Hypertrophie papillaire de la muqueuse nasale comparée au fibrôme papillaire ou papillôme, par J. WRIGHT. — III. Emploi des électrodes métalliques dans le traitement des affections nasales et rétro-nasales, par C. C. RICE. — IV. Observations sur quelques résultats des opérations tranchantes sur la cloison nasale, par T. R. FRENCH. — V. Quelques commentaires sur la chirurgie de l'antre d'Highmore, par W. H. DALY. — VI. a. Un cas d'odontome envahissant l'antre d'Highmore et la fosse nasale correspondante; application d'une modification de la méthode d'anesthésie employée dans les opérations buccales. b. Un cas de corps étranger (monnaie d'or) engagé dans les ventricules du larynx, par A. W. DE ROALDES. — VII. Observation de corps étranger du larynx, par C. M. SHIELDS.

Jeudi 31 mai.

VIII. Trois cas de papillômes du larynx, par C. H. KNIGHT. — IX. Observations de sarcome et d'épithélioma du larynx, par A. A. BLISS. — X. Un cas de laryngectomie par une nouvelle méthode, par H. L. SWAIN. — XI. Deux cas de tumeurs de l'épiglotte, par J. SOLIS COHEN. — XII. Nodules des chanteurs, par F. J. KNIGHT.

Vendredi 1^{er} juin.

XIII. a. Un cas de kyste du larynx. — b. Pharyngomycose, par E. F. INGALLS. — XIV. Pharyngite exsudative, par W. C. GLASGOW. — XV. Un cas de sarcome de l'amygdale, par A. W. WATSON. — XVI. Importance du diagnostic précoce des tumeurs malignes de la gorge, par J. W. GREITSMANN. — XVII. Observations de neurasthénie de la gorge, par W. P. PORCHER. — XVIII. Contribution à l'étude de l'étiologie des affections rhumatismales dues à des maladies de l'amygdale, par H. L. WAGNER.

En session générale, le Congrès discutera la « *chirurgie des sinus accessoires du nez*. » La discussion sera ouverte par BOSWORTH, BRYAN, MACKENZIE et ROE.

Bureau pour 1893-94.

Président : BRYSON DELAVAN (New-York). — *Vice-Présidents* : J. C. MULLALL (Saint-Louis) et W. E. CASSELBERRY (Chicago). — *Secrétaire-trésorier* : C. H. KNIGHT, 20, W. 31 st. Street (New-York). — *Bibliothécaire* : J. H. BRYAN (Washington). — *Conseil* : HARRISON ALLEY (Philadelphie), W. C. GLASGOW (Saint-Louis), S. W. LANGMAID (Boston), et M. J. ASCH (New-York).

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CHER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Zur Therapie der chronischen Laryngitis (Traitement de la laryngite chronique, par H. KRAUSE (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.* N° 16, 1894).

Bericht über die 1891 und 1892 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals, Nasen und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (Rapport sur les maladies traitées en 1891 et 1892 à la polyclinique privée pour les maladies de la gorge, du nez et des oreilles du Prof. GOTTSTEIN, par R. KAYSER (Tirage à part du *Monats. f. Ohrenh.* N° 2, 1894).

Le cathétérisme des trompes d'Eustache rendu pratique par l'usage de la sonde palatométrique, par J. A. A. RATTET (Broch. de 8 pages, Paris, 1894).

Traitement chirurgical des hypertrophies tonsillaires : morcellement, par ARSLAN YERWANT (Extrait de l'*Archivio ital. di Otol. Rin. e Lar.* avril 1894).

Précis de clinique thérapeutique, par A. F. PLICQUE. (Un vol. de 592 pages, cartonné à l'anglaise, prix 7 francs, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1894).

Des influences des affections nasales sur le tube digestif, par F. CHABORY (Extrait du *Progrès Médical*, 1894).

Traitement des surdités catarrhales à Cauterets, par A. BOUYER (Extrait des *Arch. Gén. d'hydrologie*, 1894).

Der Kopfschmerz bei Nasen und Rachen-Leiden und seine Heilung. Unter besonderer Berücksichtigung der Angeborenen und erworbenen Unregelmäßigkeiten der Nasensecheidewand. (La céphalalgie dans les affections nasales et pharyngées et son traitement, et en particulier de ses rapports avec les irrégularités congénitales et acquises de la cloison nasale, par M. BRESCHEN (In-8° de 60 pages, prix 2 mks, 40, A. Langhammer, éditeur, Leipzig, 1894).

Spätformen hereditär Syphilis in der den oberen Luftwegen, eine Klinische studie (Etude clinique sur la syphilis héréditaire tardive des voies aériennes supérieures), par GERBER. (Wien et Leipzig. W. Braumüller, 1894, 1 vol. in 8° de 105 p.).

Le Gérant : G. MASSON.

int-Amand (Cher). — Imprimerie DESTENAY, BUSSIERE FRÈRES.

